

ÉTUDE CHIRURGICALE
DU
SARCOME MÉLANIQUE
SON DÉVELOPPEMENT SUR UN NŒVUS PIGMENTAIRE

THÈSE
PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
Le Mercredi 27 Juillet 1887 à 3 heures
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Par
GEORGES MICHEL
Né à Liffol-le-Grand (Vosges), le 25 mai 1863.
Interne des hôpitaux
Élève du service de santé militaire

NANCY
IMPRIMERIE NOUVELLE, RUE DE SERRE, 15

—
1887

ÉTUDE CHIRURGICALE
DU
SARCOME MÉLANIQUE

SON DÉVELOPPEMENT SUR UN NŒVUS PIGMENTAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Mercredi 27 Juillet 1887 à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

GEORGES MICHEL

Né à Liffol-le-Grand (Vosges), le 25 mai 1863.

Interne des hôpitaux

Élève du service de santé militaire

NANCY
IMPRIMERIE NOUVELLE, RUE DE SERRE, 15

—
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O*.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C*.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C*, V. PARISOT *, HERRGOTT *,
ROUSSEL *, DEMANGE *, BÉCHET.

Médecine légale	M. TOURDES O*, profess.
Thérapeutique.....	M. COZE *, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne....	M. HECHT *, professeur.
Physiologie.. ..	M. BEAUNIS *, profess.
Anatomie et Physiologie pathologiques	M. FELTZ *, professeur.
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, profess.
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.
Physique.....	M. CHARPENTIER, prof.
Anatomie descriptive ...	M. LALLEMENT, profess.
Hygiène	M. POINCARÉ *, profess.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, profess.
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, prof.
Pathologie externe.....	M. WEISS, professeur.
Chimie médicale et toxi- cologie.....	M. GARNIER, professeur.
Clinique interne.....	M. SPILLMANN, profess.
Clinique obstétricale et accouchements	M. A. HERRGOTT, prof. M. E. PARISOT, pr. adj.
Botanique et Histoire na- turelle médicale.....	M. MACÉ, ag. ch. du cours.
Histologie.....	M. BARABAN, id.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. E. DEMANGE.	MM. BAGNÉRIS.	MM. GUÉRIN.
SCHMITT.	MACÉ.	VAUTRIN.
ROHMER.	RENÉ.	SIMON.
BARABAN.	NICOLAS.	REMY.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. FELTZ, *président*; MM. HEYDENREICH, BARABAN, VAUTRIN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE, LE DOCTEUR MICHEL

A MA MÈRE

A MA SŒUR CHÉRIE

A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FELTZ

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BARABAN

INTRODUCTION

Pendant notre internat dans le service de M. le professeur Heydenreich, nous avons observé deux cas de mélanosarcômes. Ces trois dernières années, l'hôpital civil en a offert une véritable série et tous ont présenté cette particularité d'être nés sur des papillômes ou nævi pigmentaires et congénitaux.

Cette transformation d'une affection si commune, si bénigne en apparence, en une autre, fatale à si bref délai, étonne à juste titre. Le nævus a-t-il une structure qui le prédispose ultérieurement à des manifestations malignes? Nos recherches bibliographiques à ce propos ont été vaines. Cliniquement peut-on reconnaître un nævus en voie de dégénérescence? Même silence des auteurs; et pourtant ce mode de début était signalé, mais sans commentaires. Quant au mélanosarcôme lui-même, sa marche si rapide, sa terminaison si généralement réputée fatale, malgré les tentatives opératoires de nombre de chirurgiens, tendent à en faire une affection plus médicale que chirurgicale. Et, en réalité, les observations publiées jusqu'à ce jour se rapportent bien plus fréquemment à des mélanosarcômes généralisés qu'à des tumeurs encore uniques.

Il nous a donc paru intéressant de consi-

dérer le mélanosarcôme à une certaine période de son évolution, période que nous appelons chirurgicale. Nous avons exposé ses symptômes en insistant sur les particularités de forme qui proviennent de son origine sur un *noëvus* ou un papillôme ; nous pouvons même dire que nulle part nous ne perdons de vue son point de départ : mais, dans les différents chapitres, on pourra trouver des signes communs à tous les sarcômes mélaniques en général et cela ne doit pas étonner : ce genre de tumeurs a la même évolution, quelle qu'en soit l'origine ; toute trace du *noëvus* peut disparaître au fur et à mesure que la tumeur nouvelle s'accroît. Nous voulions totalement supprimer de notre plan l'histoire de la généralisation, ne voulant nous limiter qu'à une étude purement chirurgicale ; pour établir ces limites mêmes, il nous a fallu étudier le premier stade de cette généralisation, l'infection ganglionnaire ; nous discutons à propos du traitement si à ce moment l'affection est chirurgicale ou médicale. Nous trouvons d'ailleurs dans ce chapitre de quoi intéresser vivement le clinicien : deux observations de mélanose ganglionnaire produite par de simples *noëvi* ou papillômes absolument intacts ; c'est là aussi que nous plaçons quelques réflexions pathogéniques. Quant à la généralisation complète, nous en disons quelques mots à peine, cette question est traitée par Perrin (Th. Paris, 1886), et d'ailleurs elle dépasse notre but.

En somme, notre plan est le suivant : 1° Historique ; 2° Étiologie ; 3° Structure du *noëvus* pigmentaire ; 4° Signes cliniques du *noëvus* en voie de dégénérescence et franchement dégénéré en mélanosarcôme ; 5° Infection ganglionnaire consécutive

à un nævus dégénéré ou non ; 6° Pronostic et traitement ; 7° Conclusions.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le professeur Feltz notre profonde reconnaissance pour l'intérêt et la sympathie qu'il a daigné nous témoigner pendant nos études médicales et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur Heydenreich, notre vénéré maître, soit assuré de notre sincère gratitude ; nous lui devons le choix de notre sujet ; ses savantes leçons, ses précieux conseils nous ont constamment aidé dans la rédaction de ce travail ; il n'a cessé de nous témoigner de la bienveillance pendant notre internat dans son service ; nous emportons de notre cher et excellent maître un souvenir ineffaçable.

M. le professeur agrégé Baraban nous a communiqué la structure du papillôme mélanique, l'obs. II et ses planches ; il a complété nos observations cliniques par des détails histologiques ; il a mis ses vastes connaissances entièrement à notre disposition ; nous le prions de recevoir ici l'assurance de notre vive gratitude.

Nous prions M. le professeur agrégé Vautrin, dont les conseils et l'amitié nous ont été si précieux pendant nos études, de croire à notre affectueux dévouement.

Merci encore à M. le Dr Etienne de son intéressante observation ; nous regrettons, en quittant le service, le chef de clinique bon et dévoué.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Virchow (1), en 1863, résume ainsi l'historique de la question : « L'attention générale a été attirée pour la première fois sur la connexion étiologique des mélanoses et des *noevus* par Schilling (2) et David Williams (3), mais cette étude a été poussée plus loin par Paget (4) et Pemberton (5), bien qu'il n'eût pas eu connaissance des différentes observations publiées avant lui, compte que sur trente-quatre cas de mélanoses de la peau et du tissu sous-cutané, quinze provenaient de verrues ou *noevus* congénitaux ou de leur proche voisinage. »

Dans sa pathologie des tumeurs, il reprend la question et distingue alors deux espèces de mélanoses, le *sarcôme* et le *carcinôme*, en ajoutant que le *sarcôme* se développe de beaucoup le plus fréquemment sur le *noevus pigmentaire*.

Depuis Virchow, l'étude des *mélanosarcômes* a été dirigée dans un tout autre sens. Tanturri (*Il Morgagni*, 1877), Vidal, Ranvier, Kaposi, créent un type

(1) *Pathologie des tumeurs*.

(2) *De melanosi*, dissertation inaugurale, Virceburg, 1831.

(3) Transact. of the provincial med. and surg. Association London, 1833.

(4) *Lecture on surgical patholog.*, vol. II, p. 490.

(5) *Observation on the history pathology and treatment of cancerous diseases*, part. I, melanosis, London, 1858.

nouveau, le sarcôme pigmentaire ou cutané érectile ou télangiectasique dont la coloration est due au pigment sanguin hématique, tandis que le véritable mélanosarcôme doit la sienne à la mélanine. La nature de la mélanine est sinon définie, du moins éclaircie, et aujourd'hui on admet qu'elle est une substance organique, insoluble dans tous les réactifs alcalins, analogue au pigment de la choroïde, de l'iris, des cellules de la couche muqueuse de Malpighi. Rindfleisch (1), avec Breschet, Rokitansky, Nepveu, voit en elle le résultat de l'absorption et de l'élaboration par les cellules sarcomateuses de la matière colorante du sang, tandis que Cornil et Ranvier refusent aux granules pigmentaires une origine hématique.

Desinoculations de mélanose sont faites de l'homme à l'animal : les tentatives qui, avec Virchow, étaient restées sans résultat, sont reprises par Liouville : il inocule dans le péritoine d'un cobaye du liquide provenant d'une tumeur mélanique, probablement sarcomateuse, et voit plusieurs traînées noires se développer sur les intestins. Goujon (2) injecte de la mélanose à deux chiens, dont l'un, quinze jours après, et l'autre quarante-cinq jours, présentent, le premier, à la partie interne de la cuisse, une tumeur noire aplatie avec des noyaux noirs sur le trajet des lymphatiques aux ganglions ; l'autre, auquel l'injection avait été faite dans la cavité péritonéale, avait de petites tumeurs noires sur les cornes de l'utérus et les ganglions. M. le Dr Haushalter (3), chef de clinique à la Faculté de Nancy,

(1) *Anatomie patholog.*, p. 543, 1873.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1867.

(3) *Revue médicale de l'Est*, XIX, 15 fév. et 1^{er} mars 1887.

renouvelle ces expériences sur un lapin qui offre, au lieu d'injection, six semaines après, une tumeur noire du volume d'une lentille.

Rey, Nepveu, Busch, Rotacker, Léger, Duret, qui ont observé des nævi pigmentaires comme point de départ du mélanosarcôme, relatent en détail leurs observations, mais notent simplement ce mode de début sans en tirer aucune conclusion. C'est dans l'histoire du mélanosarcôme une lacune que nous avons essayé de combler.

CHAPITRE II

Description du nævus pigmentaire.

Le nævus pigmentaire, ou papillôme mélanique, se présente sous la forme de simples taches arrondies, à peine saillantes, ou au contraire de petites élevures sessiles, à pédicules plus ou moins longs, mais dont les dimensions ne sont jamais considérables ; c'est surtout à cette dernière forme que s'applique le nom de papillôme mélanique. Leur surface rarement lisse présente le plus souvent un aspect mamelonné, à l'œil nu ou à la loupe. Leur consistance peut être celle du molluscum, mais elle est généralement plus ferme. Quant à leur coloration d'un noir foncé chez les bruns, d'un brun plus ou moins clair chez les blonds, elle fait avec la couleur de la peau un contraste que nos aïeules appréciaient fort, puisque quand la nature ne les avait pas dotées de ces malformations, elles savaient y suppléer par un petit artifice. De là vient sans doute ce nom de grains de beauté sous lequel on les désigne encore de nos jours dans le public.

Quinze de ces petites tumeurs prises sur le cadavre ont été étudiées microscopiquement par M. le professeur agrégé Baraban, qui a bien voulu nous en expliquer la structure. Quatre d'entre elles étaient de simples papillômes cornés dont la couche

épidermique profonde contenait une quantité anormale de pigment, mais ne présentaient aucun détail de structure qui puisse faire supposer leur transformation ultérieure en sarcôme.

Les onze dernières au contraire possédaient d'une façon remarquablement constante dans leurs couches superficielles une zone spéciale dont la composition élémentaire doit avant tout attirer l'attention. On y voit en effet de nombreux noyaux, qui paraissent être des noyaux libres tant ils sont pressés les uns contre les autres, mais qui sont en réalité des cellules dont le protoplasma aussi rudimentaire que possible n'entoure pas complètement le noyau.

Ces cellules forment des groupes où elles sont contiguës ; les groupes sont séparés par de minces travées conjonctives où circulent des capillaires sanguins remarquables par l'épaisseur de leur endothélium, et dans certains points cet endothélium paraît directement appliqué sur les petites cellules, comme on le voit dans le sarcôme. Il y a donc là une formation qui présente beaucoup d'analogie avec le sarcôme embryonnaire. On y remarque parfois des fissures qui pourraient bien être des coupes de lymphatiques, car, en comparant toutes les coupes, on trouve toutes les formes intermédiaires entre le vaisseau lymphatique normal et la fissure bordée de toutes parts par de petits éléments.

Cette zone est étalée en nappe sous l'épiderme du papillôme, un peu plus épaisse au centre des figures que vers les bords et bien limitée dans la profondeur.

Sous l'épiderme elle prend part à la constitution des papilles. Confinée généralement à la couche profonde du corps muqueux de Malpighi, elle en est

parfois séparée par une mince couche de derme qui serait normal si l'on n'y rencontrait de grosses cellules conjonctives infiltrées de pigment. On voit des papilles dont le derme n'est que discrètement semé de petites cellules isolées ou réunies en petits groupes. En général les papilles sont plus épaisses, plus cylindriques que dans la peau voisine, on peut même parfois les qualifier de fongiformes, toutes apparences qui sont dues à l'inégale répartition des cellules embryonnaires dans leur épaisseur.

Les couches profondes de cette zone se font remarquer par la grande quantité de leurs fibres élastiques, caractère qui n'a manqué que dans une des onze tumeurs. Ces fibres sont plus fines, plus nombreuses, plus serrées que dans le derme voisin. Leur direction générale est parallèle aux plans de la peau ; mais on en voit aussi d'ascendantes qui vont se perdre dans l'intimité des papilles. Elles sont interposées aux petites cellules, presque sans mélange de fibres conjonctives, et forment en réalité la limite profonde de la zone embryonnaire qui cesse d'exister dès que le réseau élastique du derme reprend sa physionomie habituelle. On voit cependant quelquefois des traînées de petites cellules le long des vaisseaux qui se dégagent de cette zone, mais elles se terminent à une petite distance.

L'épiderme qui revêt ces papillômes est généralement peu modifié : comparé à celui des parties voisines, il n'en diffère guère que par une pigmentation plus accentuée de ses couches profondes. Il passe sur les papilles tantôt en les isolant, tantôt en les fusionnant par groupes, et dans ce dernier cas il envoie fréquemment des prolongements interpapillaires assez longs dans la profondeur.

Quant au pigment, on le rencontre à la fois dans les couches profondes de l'épiderme, dans les cellules conjonctives des papilles, et dans les travées fibreuses qui sillonnent la zone en question : il existe également sous forme d'amas peu distincts disséminés entre les cellules embryonnaires.

En somme, cette étude montre : 1° qu'il y a sous l'épiderme des papillômes mélaniques congénitaux un liseré très net de tissu embryonnaire et cela quel que soit l'âge du sujet : 2° que ce tissu peut être en contact direct avec l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui le traversent ; 3° qu'il renferme du pigment.

CHAPITRE III

Etiologie

Noeuvus pigmentaire, verrue colorée, papillôme mélanique, molluscum dégénéré dans un cas même (Vautrin), telles sont les affections primitives qui, dans le sujet qui nous occupe, ont donné naissance au mélanosarcôme. Nos quatorze observations en font foi. Les altérations de tissu, congénitales ou acquises, spontanées ou provoquées, constituent une prédisposition au développement de tumeurs mélaniques, dit Heurtaux à l'article mélanose du *Dictionnaire de Jaccoud*. Pour Robin, cette condition étiologique se rencontre dans la moitié des cas.

On trouve peut-être moins pour le mélanosarcôme que pour les autres tumeurs des antécédents héréditaires. Nepveu (obs. XI), rapporte que la mère et la tante maternelles de son malade sont mortes toutes deux d'affections cancéreuses bien déterminées. Le père d'une de nos malades est mort d'une gastrite à un âge avancé: était-ce un carcinôme stomacal? Quant au caractère mélanique de ces tumeurs, on ne peut pas dire qu'il soit héréditaire. Norris (1) cependant signale le cas d'un individu atteint de mélanose, sans en indiquer la nature,

(1) Edimb. med. and surg. journal, 1820.

dont le père, le frère, les enfants portaient différents nævi. Le père mourut probablement de la même maladie et le plus jeune des fils présentait un nævus exactement à la même place où la maladie du père s'était montrée.

Les individus sont robustes, d'autres d'un tempérament plus ou moins délicat. Nous n'avons pas observé la coexistence de plusieurs diathèses.

Sur quatorze cas de papillômes mélaniques dégénérés en sarcômes, nous trouvons sept hommes et sept femmes ; comme âge, un maximum de 68 ans, un minimum de 18 ans. Cependant Wardrop, cité par Virchow, mentionne le cas d'une verrue noire de l'abdomen devenue sarcomateuse chez une jeune fille de 12 ans.

Le siège du nævus primitif est tout à fait variable : il ressort de nos observations qu'il est quatre fois à la joue gauche, trois fois au dos, deux fois aux cuisses, une fois sur les côtés de l'anús, une fois à la hanche, deux fois aux pieds.

En somme, le sarcôme n'a guère de préférences : il naît partout, chez les vieux comme chez les jeunes, hommes ou femmes.

CHAPITRE IV

Etude clinique du nævus en voie de dégénérescence. — Symptômes du mélanosarcôme.

Le traumatisme a toujours joué un rôle important dans l'évolution des tumeurs malignes de toute espèce. Un épithéliôme vient souvent d'un simple papillôme irrité d'une façon quelconque, d'une acné ulcérée; une femme atteinte de carcinôme du sein en rapporte souvent l'origine à une contusion; si nous n'admettons pas que le traumatisme seul puisse donner naissance à des tumeurs de mauvaise nature en dehors de la diathèse, nous sommes obligé de l'invoquer souvent comme cause occasionnelle et, en particulier pour les mélanosarcômes issus de nævi congénitaux, nous le voyons signalé dans presque toutes nos observations. Ce sont tantôt le frottement des vêtements suivant le siège, une marche forcée qui excorie un nævus de la face dorsale du pied, l'ablation par une balle d'une verrue de la jambe, les cautérisations, dans un cas même l'épilation.

La plupart des taches congénitales sont indolentes; cependant, chez certaines personnes, elles sont parfois le siège de démangeaisons et de picotements qui forcent le sujet à se gratter. Nous

avons observé ce genre de traumatisme chez une de nos malades qui fit saigner son *noëvus*; celui-ci s'est couvert d'une croûte qui laissa, après sa chute, la petite tumeur doublée de volume et parfaitement transformée en *mélanosarcôme*.

A côté de ces faits, où le traumatisme est franchement noté et qui sont de beaucoup les plus nombreux, il en est d'autres où les malades n'en font aucune mention.

A part les cas où la transformation des papillômes mélaniques est complètement latente, elle est ordinairement précédée de symptômes subjectifs tels que sensation de morsure, de brûlure ou d'ardeur, dit Virchow, forçant le sujet à le gratter au point de le faire saigner et d'y produire une érosion. Si le *noëvus* a été irrité mécaniquement, par le frottement d'habits, par exemple, il s'excorie habituellement, saigne parfois ou laisse écouler un liquide plus ou moins coloré qui forme une croûte sous laquelle peut croître le *noëvus*.

Quand la tache congénitale n'est ni enflammée, ni ulcérée, ni croûteuse, ni suintante, le *mélanosarcôme* se manifeste d'abord par un petit point saillant comme une tête d'épingle, ordinairement plus foncé que le *noëvus*, petit point qui grossit peu à peu en s'arrondissant: nous avons pu observer ce mode de début sur une de nos malades (obs. III) qui portait sur la joue gauche une tache de naissance large comme une pièce de deux francs. Le centre de la tache donnait insertion à un *mélanosarcôme* tandis que, dans sa portion excentrique, quelques petits grains noirs nouvellement formés, sans aucune ressemblance avec les saillies papillaires qu'on y voyait en outre, témoignaient de la

vitalité de son évolution. Le sarcôme mélanique à début quelconque commence aussi par un petit point noir quand il naît sur une surface primitivement saine. Il est fort probable que la tumeur principale avait débuté aussi par un point qui seul avait grossi, tandis que, beaucoup plus tard, étaient survenues ces granulations miliaires dont nous venons de parler. Au contraire, quand la tache congénitale a été préalablement excoriée, toute sa surface s'accroît en même temps, son hypertrophie est totale d'emblée; elle s'entoure parfois d'une zone érythémateuse et d'un petit bourrelet inflammatoire qui semble vouloir l'éliminer; et, dans les affections à marche très rapide, on peut observer, dès la naissance de la petite tumeur maligne, dans la peau environnante, un piqueté coloré, signe d'envahissement précoce.

En somme, on voit dès à présent qu'on peut pour ainsi dire anatomiquement et par l'aspect même du sarcôme naissant prévoir quelle sera sa marche ultérieure: sur la tache non ulcérée, augmentation partielle; sur la tache excoriée, augmentation en masse et souvent zone cutanée ambiante précocement malade.

Ce fait se vérifie cliniquement: ainsi, des deux malades que nous avons eues dans le service, l'une n'irrita d'aucune sorte son *nœvus* en voie de dégénérescence; n'étant pas douloureux, il appelait à peine l'attention et resta pendant quatre ans dans un état stationnaire; au bout de ce temps seulement, la malade, lui croyant de la tendance à grossir, fit de nombreuses applications de poix qui déterminèrent alors une rapide évolution. Chez l'autre, au contraire, qui gratte, excorie sa tumeur nais-

sante, pas de période de latence; en huit mois, elle atteint les dimensions d'un œuf de pigeon.

Il y a donc, dès le début du mélanosarcôme, chez certains malades, sinon des douleurs; du moins des démangeaisons souvent pénibles; chez d'autres, l'affection est constamment indolente: signes locaux ici, là signes subjectifs et locaux indiquent dans ces petites taches, bénignes jusqu'à présent une activité néoplasique qui va former de véritables tumeurs cette fois très malignes.

En quelques mois, le *noëvus pigmentaire* perd son aspect primitif; la tache aplatie ou à peine saillante, excoriée ou non, disparaît peu à peu pour être remplacée par le néoplasme qui, de simple point noir, atteint en grossissant le volume d'un pois, d'une noisette, d'une noix. Rarement il dépasse ces dimensions, bien que Rey et Rotacker aient signalé la grosseur d'un œuf de poule.

La coloration spéciale du mélanosarcôme est un de ses signes caractéristiques; elle n'est pas toujours celle du *noëvus primordial*: celui-ci qui est généralement gris foncé, souvent même assez clair produit des tumeurs noires de teinte *sepia*, bleuâtre, ardoisée, se rapprochant parfois de la teinte café au lait.

La teinte bleuâtre n'a d'analogue que la coloration des tumeurs veineuses, les caractères différentiels sont assez nets et nous dispensent d'insister.

La forme est ovalaire, sphérique, globuleuse, se détachant nettement à la surface de la peau, sur laquelle il s'implante par une base assez large quand le *noëvus primitif* est aplati ou à peine saillant. Mais quand la petite tumeur congénitale est pédiculée,

telle qu'un papillôme assez volumineux, le néoplasme prend naissance à son extrémité libre sous forme d'un petit grain diversement coloré suivant les cas, qui grossit et s'étend par sa partie extérieure, en respectant pendant quelque temps le pédicule et le point d'insertion; il s'ensuit qu'on peut observer des mélanosarcômes sessiles ou pédiculés, à pédicule plus ou moins long, plus ou moins étroit, ceux-ci ayant assez exactement la forme d'un champignon, tandis que les premiers ressemblent tantôt à une cerise implantée directement sur le tégument par sa face aplatie, tantôt à un cône à base cutanée. Une tumeur que nous avons observée (observation VII) avait l'aspect suivant: elle était bilobée et semblait constituée par 2 pièces primitivement différentes et voisines qui, en grossissant, s'étaient peu à peu rapprochées, puis réunies et soudées sauf vers leur surface qui restait différenciée.

Il n'est pas rare d'observer à un âge assez avancé du mélanosarcôme autour du néoplasme primitif une série de petits points noirs, non plus cette fois sur le *noëvus* lui-même, mais dans la peau avoisinante, dont quelques-uns en grossissant donnent naissance à des tumeurs secondaires, en tout semblables à la première; que l'une d'elles se développe, elle se rapproche de la tumeur mère, et finit par lui adhérer au point de simuler une tumeur unique. Le volume en est par cela même augmenté, et semble infirmer le caractère de *petitesse* que nous avons assigné au mélanosarcôme.

La consistance de ces tumeurs est fort variable; on dit généralement qu'elle est très dure. Ce n'est pas exact: deux fois nous avons observé nous-même, en les palpant, une sensation intermédiaire entre la

mollesse et la rénitence; par places même, elles étaient pseudofluctuantes, semblant contenir un liquide à faible pression. Ce symptôme est manifeste dans l'observation de Rotacker où il est question d'un *nœvus* dégénéré ouvert au bistouri comme un simple abcès par un médecin qui n'en retira que du sang. Il en est par contre d'autres qui possèdent une dureté remarquable n'ayant d'analogue que celle de l'épithéliôme ou du carcinôme. En général elles sont fermes et élastiques.

Elles sont tantôt lisses à leur surface, quand elles sont intactes, et ne secrètent dans ce cas aucun liquide; mais, à la suite d'irritations de toute sorte, traumatisme chimique ou physique, une ulcération se produit qui donne issue à un liquide coloré sanguinolent, parfois franchement noir, tachant ordinairement le linge en jaune sale. L'ulcération peut s'étendre à toute la surface de la tumeur qui est alors fongueuse, bourgeonnante, suintant un liquide assez abondant, à odeur fade, mais point fétide; l'ulcération au lieu d'être bourgeonnante peut être excavée plus ou moins profondément; quand l'excavation est à fleur de peau et assez profonde, elle résulte d'une sorte de sphacèle de la tumeur; l'ulcération produit en effet une zone phérphérique enflammée, irritée, formant un bourrelet inflammatoire qui finit par l'éliminer; la tumeur tombée, il en résulte une plaie qui ou bien se cicatrise et, dans ce cas, la cicatrice est fortement colorée et ne tarde pas à reproduire le sarcôme, ou bien le néoplasme continue à végéter sur la plaie elle-même.

Au lieu de cette ulcération en masse, la tumeur peut offrir une foule de points cratériformes, à fonds violacés et humides. Dans tous ces cas, si des panse-

ments ne sont pas appliqués, une croûte peut se former par dessiccation des liquides, croûte gris noirâtre qui, une fois tombée, permet d'apprécier tous ces détails.

A part ces rares cas d'induration périphérique simplement inflammatoire, qui finit par produire une ulcération assez profonde, le mélanosarcôme issu du *nœvus*, n'a aucune tendance à envahir les plans sous-jacents : il est cutané dès le début, reste cutané, et se développe surtout par sa partie extérieure. Aussi est-il mobile comme la peau elle-même quand il est sessile, et s'il est pédiculé, son pédicule lui permet sur la peau des mouvements en tous sens ; on n'observe pas non plus d'induration néoplasique phéripérique comme dans l'épithélioma ; c'est même un point important qui sert beaucoup au diagnostic.

S'il arrive de trouver une surface environnante donnant à la palpation une sensation de résistance, qui n'existe pas dans les mêmes tissus sains, ce n'est pas un bourgeonnement de la tumeur principale, ce sont déjà des nodosités secondaires assez rapprochées pour former un véritable plastron autour du mélanosarcôme, nodosités ayant toutes un siège précis dans les lymphatiques, mais la plupart du temps séparées entre elles par des intervalles de peau saine, chose qu'on n'observe pas dans le bourrelet de l'épithélioma.

Quant aux sensations éprouvées par les malades, nos documents historiques sont là-dessus d'un mutisme presque absolu. Dans quelques observations, l'indolence est signalée ; l'élément douleur fait défaut partout. C'est exagéré. Il peut arriver qu'une tumeur siégeant dans le dos subisse des contusions

d'une partie quelconque des vêtements, et qu'elle devienne douloureuse; il en est de même d'un mélanosarcôme du pied que la marche peut rendre douloureux. Les mélanosarcômes ulcérés occasionnent des douleurs fixes, peu fortes à la vérité, car leur siège superficiel ne leur permet pas d'atteindre des rameaux nerveux bien importants, mais semblables à des morsures, ou à des brûlures. Nous avons noté, dans des tumeurs de la face non ulcérées à l'abri par conséquent des contusions continuelles, des picotements, des démangeaisons remplacées parfois par de véritables douleurs lancinantes. En somme, la douleur peut manquer, mais elle peut être spontanée ou provoquée.

Les malades la plupart du temps portent ces tumeurs sans y faire attention; ce sont pour eux des taches de naissance un peu grosses, bénignes, et sauf le cas où des ulcérations se produisent, où les tumeurs augmentent en quelque temps de volume, où la douleur est assez vive, où des complications à distance surviennent, leur moral n'est nullement atteint; il est même étonnant de voir combien des médecins eux-mêmes s'illusionnent sur le pronostic de cette affection; un *nœvus* grossit, on le cautérise, on l'excise simplement avec des ciseaux quand il est pédiculé, on l'ouvre au bistouri même, diagnostic bien raisonné! si l'on n'y joint les applications faites par le malade lui-même, telles que poix, etc., on aura le tableau complet des causes les plus fréquentes de toutes les complications qui surviennent.

CHAPITRE V

Infection ganglionnaire.

Dans la description qui précède, nous avons parlé de cette zone environnant le *noëvus* dégénéré, couverte d'un pointillé noirâtre, sur laquelle on peut parfois constater de nouvelles tumeurs en tout semblables à la première : l'affection n'est déjà plus locale, elle s'étend, elle se généralise, et sort du domaine chirurgical.

Une autre complication, à distance cette fois, intéresse beaucoup plus le chirurgien, en raison des erreurs de diagnostic qu'elle produit, de sa bénignité apparente, de sa malignité réelle, et du traitement qui lui convient, nous voulons parler de l'envahissement ganglionnaire.

Sur 14 observations de papillômes dégénérés, nous trouvons des ganglions 7 fois ; 2 fois la tumeur initiale siège au dos, la généralisation cutanée survient ; 5 fois les tumeurs ont été enlevées, sans qu'on n'ait pu constater de ganglions, les malades dans ce cas n'ont pas été suivis.

L'étude comparée de nos observations nous a montré qu'un papillôme dégénéré, siégeant aux membres, et abandonné à lui-même, envahit les ganglions au bout d'un temps fort variable qui ne dépasse généralement pas 4 ans, bien que nous ayons

observé un mélanosarcôme de la joue datant de 5 ans sans aucun retentissement ganglionnaire ; ordinairement l'infection ganglionnaire est plus précoce, un an en moyenne après le début de la tumeur, et quelquefois plus tôt. Il peut atteindre son volume maximum tel que celui d'une noix sans qu'on puisse déceler la présence d'un ganglion. L'un de nos malades (Obs. VII) présentait une tumeur de la joue de la grosseur d'une forte noisette, ulcérée et croûteuse et n'avait aucun signe d'adénopathie. Au contraire l'autre (Obs. III) avait un ganglion carotidien bien que sa tumeur fût parfaitement lisse et intacte ; d'autres fois ce sont des irritations de toute nature, cautérisation, qui déterminent une tuméfaction ganglionnaire généralement infectieuse, tantôt simplement inflammatoire, comme dans le cas où l'amputation de la jambe fait disparaître une tuméfaction inguinale considérable survenue à la suite d'un mélanosarcôme excorié du pied.

Les ganglions peuvent se développer en même temps que naît le mélanosarcôme sur le *nœvus* : ganglions et tumeurs naissent alors simultanément. Dans certains cas, on enlève des tumeurs déjà âgées, et l'adénopathie ne survient qu'à l'époque de la récurrence, soit seule, soit consécutivement à une récurrence sur place, soit en même temps qu'elle.

Dans ces différents cas, il est possible de constater dans la région tribulaire de ces ganglions, soit une tumeur mélanique excoriée ou non, soit une cicatrice saine ou donnant déjà naissance à une récurrence sur place ; et il semble évident que l'on doive du premier coup rapporter la cause de ces tuméfactions ganglionnaires précisément à la présence de ces mélanosarcômes dont le diagnostic est facile. Il n'en

est rien : ainsi Nepveu rapporte dans son observation qu'un médecin ouvrit au bistouri un ganglion de l'aîne qu'il prit pour une adénite tuberculeuse, tandis qu'on avait affaire à une récidive ganglionnaire d'un mélanosarcôme de la cuisse enlevé convenablement au bistouri un an auparavant. De même, dans l'observation de M. Etienne, nous voyons un mélanôme de la face dorsale du pied, et une masse ganglionnaire inguinale développée à la suite, celle-ci prise pour des ganglions scrofulo-tuberculeux et extirpés comme tels. L'anatomie pathologique en démontra seule la nature mélanosarcomateuse. Le malade dont M. le professeur agrégé Vautrin nous a communiqué l'observation (Obs. IV) présentait une tumeur ganglionnaire au niveau de l'angle interne du triangle de Scarpa, de formation récente, en même temps qu'un molluscum situé sur la partie latérale de l'anus et du même côté que la tumeur inguinale. Était-ce une tuberculose, ou une dégénérescence cancéreuse primitive des ganglions ? Les avis étaient partagés : le molluscum ne présentait à son extrémité qu'un petit nodule induré, bleuâtre ; il semblait au malade que le molluscum avait grossi dans les derniers temps : d'ailleurs il montait à cheval et était exposé à irriter sa tumeur fessière ; ces raisons parurent suffisantes pour affirmer une relation certaine entre la tumeur ganglionnaire et le molluscum à peine dégénéré, à peine augmenté de volume, et sans ulcération aucune et poser le diagnostic de dégénérescence sarcomateuse des ganglions inguinaux, consécutive à un sarcôme débutant sur le molluscum. L'anatomie pathologique rapportée plus loin confirma le diagnostic.

Quel est donc l'aspect clinique des ganglions ? On

observe tantôt une tumeur unique, soit un nombre plus ou moins considérable de petits ganglions, formant une masse lobulée dans laquelle on peut distinguer la plupart du temps les différentes pièces qui la composent ; d'abord libres d'adhérence et roulant sous le doigt, mobiles les uns sur les autres et sur les plans profonds, la peau glissant facilement sur eux, sans changement de couleur, de consistance ferme et dure, ou élastique ; ils conservent souvent ces signes jusqu'à ce que généralisation et mort s'ensuivent ; ou bien ils grossissent assez rapidement, soulèvent fortement les téguments, de mobiles qu'ils étaient deviennent adhérents aux parties profondes, puis amincissent la peau en laissant parfois mais rarement voir leur coloration brunâtre, et peuvent à ce moment se ramollir au point de donner une sensation de fausse fluctuation qui les a fait confondre avec les abcès strumeux. La peau finit par s'ulcérer et livrer passage à une masse fongueuse, rougeâtre, saignant facilement et dont la nature mélanique peut n'être reconnue qu'après ablation et section de la tumeur.

En somme leur diagnostic est la plupart du temps impossible, sauf le cas où la peau par transparence permet d'apprécier leur coloration franchement pigmentaire ; mais, d'après leur seul aspect, on peut les confondre avec des ganglions tuberculeux ou cancéreux qu'ils soient ulcérés ou non. On comprend dès lors la nécessité de pousser les investigations du côté des lymphatiques et de rechercher la cause première de l'infection.

Ainsi un *naevus* manifestement sarcomateux ou à peine dégénéré a pu donner lieu à des tumeurs gan-

glionnaires, sans qu'on n'ait vu entre eux des relations de cause à effet.

Nous allons maintenant produire deux observations l'une de Léger que nous avons recueillie dans la *Société anatomique*, 1875, 15 mars ; nous devons la seconde avec l'anatomie pathologique et les deux planches qui la complètent, entièrement à l'obligeance de M. le professeur Baraban. On verra qu'un simple nævus pigmentaire dans un cas, un papillôme mélanique dans l'autre, tous deux congénitaux, sans avoir à aucun moment de la vie offert de signes locaux de malignité, ne présentant par conséquent aucun symptôme de dégénérescence mélanosarcomateuse, ont été tous deux le point de départ d'une mélanose ganglionnaire dont la généralisation et la mort à bref délai furent la conséquence.

Ceci ne doit pas nous étonner *a priori*, si nous nous rappelons la structure du papillôme mélanique en général : nous avons vu, en effet, que sous l'épiderme on trouve un liseré de tissu embryonnaire et cela, quel que soit l'âge du sujet ; que ce tissu peut être en contact direct avec l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui le traversent, et que ce tissu renferme du pigment.

Qu'on suppose, et cela ressort de nos deux observations, un traumatisme quelconque, grattage ou manipulation, exercé à la surface de la petite tumeur congénitale, les éléments de cette zone embryonnaire ne peuvent-ils s'accroître, prendre type, s'introduire, en vertu de mouvements amoïdes, dans un lymphatique, et de là s'avancer peu à peu jusqu'à la rencontre d'un ganglion pour s'y multiplier ou féconder les cellules lymphatiques

dont ils pourront ainsi déterminer la transformation ? C'est la seule explication du fait signalé par Léger. Cette hypothèse d'ailleurs est démontrée, dans la seconde observation, par la présence sous le papillôme mélanique d'un lymphatique gorgé de cellules embryonnaires et de pigment.

Le temps nous a manqué pour faire un long chapitre de pathogénie. Disons seulement que cette zone embryonnaire sous-épidermique et pigmentée nous paraît être aussi le point de départ du mélanosarcôme développé sur une tache congénitale. En effet, dans l'analyse histologique de la tumeur qui fait l'objet de l'observation II, M. Baraban a trouvé que le néoplasme siégeait immédiatement sous l'épiderme, celui-ci aminci par places au niveau d'alvéoles remplis de cellules polyédriques, en raquette, étoilées, fusiformes ou arrondies, les deux dernières espèces étant de beaucoup les plus fréquentes.

En sorte que nous pouvons dire maintenant : la zone embryonnaire sous-épidermique du papillôme peut se transformer directement en mélanosarcôme ; cette transformation peut se manifester par les symptômes précédemment indiqués, et devenir de bonne heure apparente pour le clinicien. Elle peut se produire d'une manière latente, et infecter à distance les ganglions sans attirer l'attention sur le papillôme lui-même.

OBS. I. — LÉGER (*Société Anatomique*, 1875) 15 mars.

Mélanosarcôme ganglionnaire consécutif à un *naevus* pigmentaire congénital.

B. François, âgé de 20 ans, entre dans le service de M. Dolbeau, pour une tumeur de la région parotidienne, sur laquelle le médecin qui l'a traité donne les renseignements suivants : au mois d'août 1874, le sujet toujours bien portant

sans aucun antécédent et ayant encore ses parents, sentit sous l'angle de la mâchoire du côté gauche, une petite tumeur roulant sous le doigt. — Elle augmente rapidement et au mois de novembre le médecin qui croyait à un ganglion strumeux, sentant une fausse fluctuation, passe un tube à drainage. Aussitôt il y eut un accroissement de la tumeur. Le tube coupa la partie qui séparait les deux ouvertures et l'ulcération ainsi formée se couvrit de bourgeons de mauvaise nature donnant lieu à des hémorragies fréquentes.

Février 1875. — A l'entrée à l'hôpital, on voit dans la région parotidienne une tumeur à base d'implantation moins large que la surface et du volume d'une petite orange. — Son aspect était fongueux et grisâtre, et la surface saignait très facilement. — Nulle part on ne trouvait de trace pouvant en indiquer la source. — En présence de ces caractères et du début sous l'angle de la mâchoire, le diagnostic fut celui d'épithélioma ganglionnaire sous-maxillaire.

11 mars 1875. — Après avoir rasé le malade pour l'opération, on vit sur la joue et un peu cachée par la tumeur une petite tache pigmentaire sans aucun relief au-dessus de la peau, existant depuis la naissance au dire du malade, qui affirme l'avoir écorchée quelque temps avant l'apparition de la tumeur ganglionnaire. Les poils implantés sur cette place étaient complètement blancs. Dolbeau pensa alors qu'il s'agissait d'une mélanose ganglionnaire consécutive à un nævus pigmentaire.

Au sommet du triangle sus-claviculaire sur le bord externe du sternomastoïdien, existait aussi un ganglion de la grosseur d'une noix, sans changement de couleur à la peau.

Après incision à la peau, l'aspect des tissus confirme le diagnostic, et maintenant on voit la couleur noire disposée par îlots sur une coupe de la tumeur. — Le ganglion cervical enlevé en même temps que la tumeur présentait aussi la dégénérescence mélanique dans toute son étendue.

L'examen microscopique fait par Marcano montra que cette tumeur était un sarcome fasciculé avec îlots de matière mélanique marquant en ces points les cellules embryonnaires. Dans quelques endroits, l'amas moins considérable de ces granulations permet de voir leur rapport avec ces cellules et on constate qu'elles se trouvent dans le protoplasma lui-même.

Pendant la cicatrisation de la plaie (PETEL, *Société Anato-*

mique, 1875), de nouvelles tumeurs mélaniques se dévelopèrent en différents points du corps, dans le tissu cellulaire sous-cutané ; leur volume variait depuis celui d'une noisette à celui d'une grosse noix.

Le malade succomba dans le marasme le 15 décembre 1875, dix-huit mois après le début des accidents.

OBS. II. — Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé
BARABAN.

Melanosarcôme ganglionnaire consécutif à un papillôme mélanique

X..., homme de 65 ans, entre à l'hôpital civil en août 1885, pour se faire débarrasser d'une tumeur qu'il porte à l'aîne gauche depuis quelques mois et qui a sensiblement grossi dans ces derniers temps.

Cette tumeur présente à peu près le volume d'un poing d'adulte ; elle est sous-cutanée, adhérente aux parties profondes, mais sans adhérences avec la peau qui glisse facilement par dessus ; sa consistance est ferme, sa forme globuleuse ; quelques sillons se perçoivent cependant à sa surface et la partagent en deux ou trois lobes peu accentués. Elle ne cause pas de douleurs au malade, mais elle le gêne et c'est pour cela qu'il en demande l'ablation.

La peau qui recouvre la surface du néoplasme ne présente encore aucun signe apparent d'envahissement ; mais on y remarque l'existence de deux petites tumeurs grosses comme de petites noisettes et séparées l'une de l'autre par un intervalle de un et demi à deux centimètres ; elles sont toutes deux pigmentées et autour d'elle le tégument montre quelques traînées noires qui s'arrêtent à quelque distance ; mais ce sont là leur seul point de ressemblance.

En effet, l'une d'elles de couleur plus foncée, est plus saillante, plus mobile, reliée à la peau par un pédicule assez large ; sa surface est hérissée de petites papilles : c'est un papillôme mélanique, une malformation congénitale du tégument, car le malade se l'est toujours vue et on lui a dit qu'il la possédait à sa naissance. Jamais elle ne lui a causé ni gêne ni douleur, et il ne peut pas dire qu'elle aurait grossi depuis peu. Elle ne fait pas à proprement parler corps avec la peau, et, malgré la largeur de son pédicule, a toujours présenté une certaine mobilité.

La seconde tout au contraire paraît siéger dans l'épaisseur

même du derme ; elle n'est pas pédiculée, les mouvements qu'on lui imprime tiraillent la peau du voisinage qui est mobile sur les plans sous-jacents. Sa surface est lisse, arrondie, de teinte ardoisée, avec marbrures plus foncées. Le malade ne peut préciser l'époque de son apparition, mais il sait bien qu'elle n'est pas congénitale ; il lui semble qu'elle s'est accrue sensiblement depuis quelque temps ; seulement, il ignore si elle est antérieure ou non à l'apparition de la tumeur principale. En explorant les autres points de la surface cutanée, on y constate la présence d'un certain nombre de taches pigmentaires plus ou moins saillantes, plus ou moins papillomateuses que le malade appelle des taches de naissance ; puis on y remarque ensuite quelques nodosités sous-cutanées. Celles-ci sont pour la plupart peu apparentes, grosses à peine comme des pois et parfaitement mobiles ; deux d'entre elles font exception, sont plus volumineuses et siègent l'une sur la face antérieure du sternum avec lequel elle fait corps, l'autre dans l'épaisseur du biceps brachial gauche ; sur toutes, la peau est normale et sans changement de coloration.

En présence de ces symptômes, il y avait lieu de faire deux hypothèses : ou bien la tumeur ganglionnaire est une tumeur primitive des ganglions, ou bien elle est consécutive à la présence du papillôme inguinal. La première hypothèse peut s'appuyer sur le volume prépondérant de la tumeur ganglionnaire comparé à la petitesse du papillôme mélanique, sur l'origine congénitale de ce dernier, sa longue durée et surtout l'absence de modification affirmée par le malade. Malgré ces raisons, c'est à la deuxième hypothèse que se rallie le chef de service, M. le professeur agrégé Rohmer tout en faisant quelques réserves. Il admet une relation de cause à effet entre les tumeurs cutanées de l'aîne et le néoplasme ganglionnaire, entre ce dernier et les autres nodules sous-cutanés, musculaires et osseux. Pour lui, toutes ces tumeurs reconnaissent pour cause des greffes successives d'éléments cellulaires empruntés aux tumeurs cutanées inguinales et transportées sur différents points par les voies de la circulation, d'abord par les voies lymphatiques, puis par le système sanguin.

Quoi qu'il en soit, tenant compte de l'état général du malade qui était bon et cédant à ses instances, le Dr Rohmer se décide à pratiquer l'ablation de la masse ganglionnaire et

de la peau sus-jacente quoiqu'il ne se dissimulât aucunement la gravité de la situation. L'opération fut plus laborieuse qu'on aurait pu le penser, la tumeur était assez fortement adhérente à la gaine des vaisseaux fémoraux, il fallut la disséquer avec soin, et lorsqu'elle fut enlevée, on put constater par dessus le pli de l'aîne que les ganglions de la fosse iliaque, masqués jusque-là, étaient également augmentés de volume. La plaie fut drainée et la tumeur mise de côté pour l'examen histologique.

Pour en finir avec l'histoire clinique, disons qu'il y eut d'abord réunion des parties superficielles, puis le trajet du drain suppura; le malade rentra chez lui et l'on sut qu'il était mort quelque temps après des progrès de la généralisation; sa plaie ne s'était jamais complètement fermée et avait été dans les derniers temps le siège d'une ulcération plus que suspecte.

Etude macroscopique des tumeurs. — La tumeur principale possède, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, le volume d'un fort poing d'adulte et présente à sa surface quelques grosses bosselures ardoisées séparées par des dépressions de coloration grisâtre. En incisant la tumeur, on constate qu'elle est enveloppée d'une coque conjonctive plus ou moins épaisse qui envoie des prolongements dans l'intérieur.

Les deux tumeurs cutanées se montrent avec les caractères extérieurs qui ont été déjà indiqués; il n'y a donc pas lieu d'y insister davantage, mais il importe de considérer les détails qu'elles présentent sur une coupe totale pratiquée perpendiculairement à leur surface après durcissement dans le bichromate d'ammoniaque et examiné à l'œil nu après coloration à l'hématoxyline.

L'examen des figures I et II où elles sont représentées en grandeur naturelle est à cet égard très instructif. On y voit que le papillôme, fig. I, est nettement distinct de la peau et se compose de trois zones, à savoir: superficiellement l'épiderme appliqué sur une surface sinueuse; au dessous une couche fortement colorée qui n'a pas son analogue dans la peau des parties voisines; enfin au centre une émanation du derme à la base de laquelle se voient deux vaisseaux sanguins volumineux gorgés de sang et entre eux un nodule arrondi qui possède la même coloration que la zone sous-épidermique.

La seconde tumeur au contraire, fig. II, est développée dans l'épaisseur du derme dont les travées conjonctives parais-

sent avoir été dissociées par elle. Elle est mal limitée sur un de ses côtés où elle semble envahir la peau d'une façon diffuse.

Ces caractères sont encore plus nets quand, au lieu d'examiner ces coupes à l'œil nu, on les observe avec un grossissement de cinq diamètres : on saisit alors d'autres détails. Ainsi la couche épidermique du papillôme, fig. III, d'épaisseur à peu près uniforme, est partout fortement pigmentée ; au dessous d'elle on trouve de nombreuses granulations mélaniques dans la couche superficielle de la zone colorée. Celle-ci paraît sillonnée de vaisseaux sanguins et de cloisons conjonctives émanées de la masse dermique centrale. Enfin dans cette masse centrale on distingue des coupes de poils, de glandes sudoripares et l'on acquiert plus nettement encore la conviction que la masse arrondie interposée aux deux vaisseaux dilatés de la base pourrait bien être un lymphatique rempli par des éléments de nouvelle formation.

La fig. IV montre qu'à la surface de la deuxième tumeur la couche épidermique présente çà et là un amincissement notable, comme si elle avait été atrophiée par la présence du noyau sous-jacent, et envoie des prolongements plus ou moins longs dans la profondeur ; au dessous d'elle le pigment est distribué très irrégulièrement. On voit aussi des trainées noires dans les cloisons conjonctives qui sillonnent la masse.

Telles sont les données que l'on peut acquérir sur ces diverses formations en les examinant à l'œil nu ou à la loupe. Elles sont certainement insuffisantes : en montrant que la deuxième tumeur, fig. II et IV, développée dans la peau ressemble assez comme aspect général à la tumeur ganglionnaire, elles permettent évidemment de les rattacher l'une à l'autre par voie de filiation directe mais elles restent muettes sur la question du papillôme. Sous ce dernier nous trouvons bien un lymphatique rempli d'éléments de nouvelle formation, seulement nous ne savons pas jusqu'ici si ces éléments viennent de la zone superficielle du papillôme ou au contraire de la deuxième tumeur. Ne pourrait-il se faire en effet qu'un lymphatique émané de celle-ci passât justement au dessous du papillôme pour aller aux ganglions ? Il est évident d'autre part que la deuxième tumeur par sa position toute superficielle, par l'amincissement de l'épiderme qui la recouvre et semble prêt à tomber pourrait être considéré comme le point

de départ des accidents à plus juste titre en apparence que la zone superficielle du papillôme où il ne semble pas exister d'activité spéciale ; cette zone est en effet analogue microscopiquement à celle que l'on retrouve sous la plupart des papillômes en général.

Il faut donc pousser plus loin les investigations et demander à l'examen microscopique de plus amples renseignements.

Examen histologique. — I. Considérons tout d'abord le papillôme. Nous avons représenté, fig. V, à un gt de 250 D. la coupe d'une des papilles secondaires qui hérissent sa surface. On y voit un revêtement épidermique assez régulier dont la couche de Malpighi, relativement épaisse, se distingue par la forme anormale de ses cellules profondes. Au dessous est un derme bourré de petits éléments disposés par groupe et sillonnés de minces travées conjonctives plus ou moins pigmentées.

Avec un grossissement de 600 D. ces petits éléments apparaissent sous forme de cellules polyédriques à noyau et nucléole plus ou moins volumineux, à protoplasma peu abondant, fig. VI.

Toutes les papilles, ainsi que la zone sous-jacente, sont constituées à peu près de cette manière, sauf de petites différences. Ainsi certaines d'entre elles possèdent un épiderme moins épais dont les couches profondes sont normales quoique fortement pigmentées ; immédiatement au dessous se trouvent çà et là de grosses masses noirâtres, anguleuses, étoilées, vraisemblablement cellules conjonctives du derme infiltrées de granulations mélaniques, puis enfin la zone de petits éléments. Mais ceux-ci ne se montrent pas toujours aussi nettement cellulaires ; dans bien des papilles ils ont conservé les caractères qu'ils possèdent dans les papillômes mélaniques (voir page 8).

On voit, d'après cet exposé, que, dans certains points du papillôme et principalement sous l'épiderme, les éléments ont acquis une forme plus caractéristique et sont devenus nettement cellulaires et, si l'on se rapporte à ce que nous avons dit de la structure habituelle des papillômes mélaniques congénitaux, il sera permis, ce semble, de conclure qu'il s'est produit, au cas particulier, et dans les derniers temps, malgré les apparences contraires, un travail spécial destiné à assurer le type définitif d'éléments primitivement indifférents.

Passons maintenant à l'étude du nodule circonscrit dont nous avons signalé la présence à la base du papillôme.

Ce qui nous confirmerait le plus dans l'idée que ce nodule est une coupe de lymphatique, c'est que, sur plus des trois quarts de sa circonférence, il est limité par une couche conjonctive qui lui forme comme une membrane d'enveloppe ; sur l'autre quart, la couche conjonctive est également nette, mais elle est dissociée, épaissie par l'interposition de cellules disposées en trainées parallèles à la circonférence, et analogues à celles qui forment le nodule. Tout autre est la disposition à l'intérieur : on voit partir en effet de la face interne de l'enveloppe des travées très minces, sorte de rayons qui gagnent plus ou moins directement le centre en s'anastomosant fréquemment ; elles sont formées le plus souvent par des capillaires à structure imparfaite, tantôt vides, tantôt remplis de sang, d'autres fois par de simples fibres conjonctives. Il y a là un réseau vasculaire nouveau dont la disposition spéciale vient à l'appui de notre hypothèse, à savoir que le nodule en question est un lymphatique oblitéré par une greffe d'éléments venus de l'une ou de l'autre de nos deux petites tumeurs. La greffe est encore à peu près renfermée dans les limites du vaisseau, mais elle tend à les franchir, car, en dehors des points de la paroi qui sont déjà envahis, on trouve dans le tissu conjonctif ambiant des trainées de petites cellules embryonnaires.

Quant aux cellules qui remplissent le lymphatique, elles sont disposées dans les mailles du réseau précité, pressées les unes contre les autres, polyédriques par conséquent. Leurs noyaux sont ovoïdes ou arrondis, de taille différente, pourvus généralement d'un nucléole volumineux. Elles renferment parfois du pigment, mais le fait est rare. Quelques-unes ne sont pas plus volumineuses que les éléments de la fig. VI, mais la plupart ont des dimensions supérieures : grandes et petites se rencontrent côte à côte dans une même maille, ce qui permet de les considérer, malgré les différences de volume, comme des éléments de même espèce.

En résumé, nous constatons deux choses dans ce papillôme : d'une part la tendance que possèdent les éléments quasi-embryonnaires des couches superficielles à se transformer en petites cellules polyédriques, mais en général plus volumineuses dans le lymphatique sous-jacent.

Sommes-nous, d'après cela, absolument autorisés à ratta-

cher ces différentes cellules les unes aux autres? à affirmer que le contenu du lymphatique a eu pour point de départ une greffe émanée de la couche superficielle de la tumeur? Non certes : la filiation nous paraît seulement très vraisemblable, en raison des transformations qui siègent dans les éléments de la zone superficielle et traduisent une activité spéciale, à cause de la proximité du lymphatique et aussi parce qu'il arrive fréquemment que les cellules d'une tumeur secondaire ne ressemblent pas toujours comme dimensions à celles de la tumeur primitive. D'autre part, ce serait une coïncidence singulière qu'il y eût juste au-dessous d'une tumeur en voie d'évolution une greffe intra-lymphatique provenant d'une autre tumeur. Toutefois la chose ne paraît pas impossible.

II. — La seconde tumeur cutanée paraît développée, avons-nous dit, dans l'épaisseur même de la peau.

Ses parties centrales présentent sur des coupes et à un grossissement de 250 D. l'aspect que nous avons dessiné fig. VII. On y voit des travées conjonctives plus ou moins épaisses formant charpente, et constituant une sorte de réseau dans les mailles duquel se trouvent des cellules dont quelques-unes se sont détachées par suite des manipulations. Le réseau rappelle vaguement par sa disposition celui du lymphadénôme, mais ses mailles sont beaucoup plus larges et ses travées ne sont pas fibrillaires : ce sont des lamelles anhyestes et irrégulières en contact immédiat avec les cellules qui remplissent les alvéoles. Ceux-ci sont peu développés dans la figure, disposés généralement de façon à former des groupes que séparent des travées plus épaisses; mais, sur d'autres points de la tumeur, on en voit de plus grands; jamais ils n'atteignent des dimensions bien considérables et ils gardent partout le même agencement. Ils renferment un nombre variable de cellules, naturellement en rapport avec leurs dimensions. Ces cellules, dont quelques-unes seulement contiennent du pigment, ont de 8 à 50 μ de diamètre, sont arrondies ou polyédriques et possèdent un noyau parfois très volumineux; quelques-unes ont plusieurs noyaux, sur d'autres le noyau est en voie de division. Dans certaines parties de la tumeur, principalement à la périphérie, là où les alvéoles semblent avoir été aplatis par l'expansion de la tumeur et la résistance des parties voisines, les cellules revêtent une forme plus allongée et

peuvent alors mesurer 100 μ dans leur plus grand diamètre.

Les vaisseaux siègent dans l'épaisseur des travées principales : ce sont des capillaires bien formés qui ne sont jamais en contact direct avec les cellules. Rappelons ici que, dans la greffe lymphatique précédemment décrite, nous avons vu au contraire des capillaires imparfaitement formés. Ce contraste est intéressant à constater si l'on veut spécifier à quelle espèce de tumeur appartient celle que nous étudions. La structure alvéolaire de son stroma conjonctif et la constitution de ses vaisseaux jointe à la forme épithélioïde de ses cellules en feraient un carcinôme d'une variété analogue, sauf la pigmentation, à celle que Chambard a décrite dans les *Travaux du Laboratoire d'Histologie du Collège de France* (1879-1880) et qui appartenait à une tumeur primitive de la peau. Ce serait un carcinôme réticulé. Mais d'autre part, l'imperfection des vaisseaux dans la greffe lymphatique est un des caractères du sarcôme : « Les tumeurs mélaniques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané affectent souvent une structure telle, disent Cornil et Ranvier, dans leur *Histologie pathologique*, t. I, p. 171, que l'on hésite pour savoir si l'on doit en faire des sarcômes ou des carcinômes. » Nous pourrions donc hésiter si nous n'avions sous les yeux que la tumeur cutanée, mais confrontant son examen avec celui du lymphatique en nous rappelant ces autres paroles de Cornil et Ranvier que dans le sarcôme « quelques vaisseaux, et surtout les vaisseaux volumineux, sont entourés de tissu conjonctif fasciculé (*ibid.*, p. 149), » nous serons autorisés à ranger cette tumeur dans la catégorie des sarcômes, malgré les caractères particuliers qui lui sont imposés sans doute par la structure du tissu dans lequel elle s'est développée.

Un autre point intéressant dans l'histoire de cette tumeur, c'est l'étude de ses relations avec l'épiderme qui la recouvre. Nous avons déjà dit qu'à un faible grossissement cet épiderme paraît aminci au niveau des points saillants : l'emploi d'objectifs plus puissants confirme ce fait et l'on constate alors que dans ces points ce revêtement est réduit à un mince liseré, dépourvu de corps papillaire et formé de cellules aplaties, même dans la couche basale ; celle-ci présente de distance en distance des cellules plus volumineuses, globuleuses, privées de dentelures et formant des groupes arron-

dis ; des groupes semblables existent aussi dans les couches superficielles. Habituellement les plus volumineux d'entre les groupes profonds dépriment le derme sous-jacent pour s'y creuser une loge qui rompt la régularité de la ligne épidermique.

Cette disposition est très accentuée sur les bords des prolongements plus ou moins longs, vestiges d'espaces interpapillaires, que l'épiderme envoie dans la profondeur, et il est certain que si ces prolongements arrivaient au contact des alvéoles de la tumeur, on pourrait confondre les cellules épidermiques ainsi modifiées avec celles du néoplasme ; on pourrait même penser que ce dernier a pris naissance par suite d'un bourgeonnement de l'épiderme analogue à celui qui se fait dans le cancroïde, surtout quand on rencontre des formations comme le point A. de la fig. VIII. Là on voit une lacune épithéliale ouverte dans un alvéole rempli de cellules épithélioïdes et semblables aux alvéoles voisins ; on y remarque même une cellule qui est étranglée par les bords de l'orifice de communication et dont le noyau est resté intra-épidermique tandis que le protoplasma s'est développé dans l'alvéole du derme.

Cependant nous ne croyons pas que l'on puisse s'appuyer sur ces modifications de l'épiderme pour infirmer le diagnostic de *Sarcôme* que nous avons appliqué à cette tumeur. Pour nous, ces modifications sont des phénomènes consécutifs à l'existence dans le derme d'une activité spéciale qui retentit sur son revêtement épidermique, en trouble la nutrition, change la forme et les dimensions de ses cellules sans cependant les empêcher de progresser vers la surface ainsi que le démontre les groupes que l'on rencontre dans la couche moyenne de l'épiderme.

Que si nous rencontrons des dispositions comme celle du point A de la fig. VIII, cela tient au mode d'accroissement périphérique de la tumeur qu'il nous reste à exposer. Cette figure empruntée, comme nous l'avons dit, au pourtour de la saillie cutanée, nous fait voir dans un derme à peu près normal un certain nombre de lacunes isolées, remplies de cellules polyédriques, dépourvues du réticulum lamelleux que nous avons rencontré en pleine tumeur, et entouré par du tissu conjonctif infiltré de noyaux. Ces lacunes sont plus ou moins superficielles, généralement arrondies et de dimensions variables. Les plus grandes peuvent être considérées, nous le

croyons du moins, comme des coupes de lymphatiques remplies de cellules qui sont venues de la tumeur, se sont multipliées et peut-être ont déterminé la transformation de l'endothélium des vaisseaux ; les plus petites sont plus vraisemblablement le résultat du développement des éléments embryonnaires qui entourent les autres : elles peuvent ne contenir qu'une ou deux cellules et se trouver assez rapprochées l'une de l'autre pour permettre de saisir le mode de développement du réticulum, auquel nous faisons allusion tout à l'heure.

En résumé, par sa situation, par ses relations avec le derme, par sa ressemblance comme structure générale avec d'autres néoplasmes formés dans cette membrane (cas de Chambard), nous croyons pouvoir affirmer que cette tumeur s'est développée dans l'intimité de la peau indépendamment de l'épiderme et du tissu cellulaire sous-cutané.

Pour en finir avec elle et avec le papillôme voisin, il ne nous reste plus qu'à discuter lequel des deux doit être considéré comme la tumeur primitive, origine de l'infection générale. Il est de toute évidence que, si le papillôme n'existait pas, il n'y aurait aucune difficulté à trancher, puisque, comme nous le verrons plus loin, les cellules des ganglions dégénérés ressemblent à celles de notre seconde tumeur : malgré son petit volume, malgré l'absence d'ulcération à sa surface, celle-ci s'imposerait à l'esprit comme facteur de tout le reste. Mais le papillôme n'est pas quantité négligeable ; on ne peut se borner à en faire un simple épiphénomène quoique le malade n'y ait signalé aucun changement de volume, quoique l'histologiste ne remarque pas d'éléments comparables à ceux de la seconde tumeur cutanée ou du ganglion. Serait-on bien fondé en effet à tenir absolument compte du dire du malade sur le papillôme, alors qu'il est si peu précis sur la seconde tumeur, et qu'il ne nous renseigne ni sur l'époque de son apparition ni sur la coloration antécédente de la peau à cet endroit ? D'autre part s'il n'y a pas similitude entre les petites cellules du papillôme et celles des ganglions dégénérés, s'en suit-il que celles-ci ne dérivent pas de celles-là ? Il est vrai « qu'en général les tumeurs ganglionnaires qui succèdent à une tumeur primitive reproduisent fidèlement la forme anatomique et la structure de la tumeur primitive avec laquelle ils sont en relation par leurs vaisseaux lymphatiques afférents » (Cornil et Ranvier) mais cette loi ne souffre-t-elle pas

d'exception ? Faut-il laisser dans l'ombre cette tendance des éléments embryonnaires du papillôme à prendre une physiologie franchement cellulaire ? Nous ne le croyons pas, nous pensons au contraire que la petitesse de ces éléments jointe peut-être à des propriétés amiboïdes qu'on peut supposer favorise leur migration dans les espaces lymphatiques ; nous ne connaissons rien qui empêche d'admettre qu'ils puissent être entraînés avant d'avoir atteint le développement dont ils sont susceptibles, ni qu'ils puissent compléter ce développement ailleurs. Il n'est pas démontré que, quand un carcinôme se propage aux ganglions voisins, ce soit par le transfert exclusif de ses cellules adultes. On a dit à juste titre que quand une cellule de carcinôme arrive dans un ganglion lymphatique, elle suffit par sa présence à déterminer la transformation des cellules du ganglion en cellules dites caucéreuses. N'est-il pas admissible, dès lors, qu'une cellule sans type encore bien défini, mais déjà fécondée en quelque sorte par son contact avec des cellules déviées puisse aller faire ailleurs souche d'éléments qui se développeront amplement ?

Aussi sommes-nous convaincu qu'au cas particulier c'est le papillôme, et plus spécialement la zone de petites cellules, qui a été l'origine de l'infection générale. Pour nous, la deuxième tumeur n'est qu'un nodule secondaire, développé sur le trajet d'un lymphatique unissant le papillôme aux ganglions inguinaux. D'autres faits cliniques viendront à l'appui de cette opinion qui ne s'impose peut-être pas complètement au point de vue histologique parce qu'elle va à l'encontre de cette loi de similitude dont nous empruntons tout à l'heure la formule à Cornil et Ranvier, mais avant de clore complètement l'étude de celui-ci, il nous reste à parler de la tumeur ganglionnaire, car elle nous fournira un argument sérieux pour infirmer quelque peu la loi en question.

III. — Nous avons déjà décrit l'aspect macroscopique de cette tumeur. En examinant au microscope le produit d'un simple râclage pratiqué presque aussitôt après son ablation, nous n'avons trouvé que des noyaux dont quelques-uns étaient très volumineux, mais le lendemain cette pratique nous a fourni des cellules nombreuses dont le volume variait de 20 à 250 μ . Ce sont là des caractères attribués aux tumeurs sarcomateuses qui ne donnent du suc que le lendemain de leur extirpation, et quant à la constitution des cellules elles-mêmes, elle était telle que Cornil et Ranvier la

décrivent pour le sarcôme mélanique. Il est donc inutile d'insister.

Quant aux coupes faites après durcissement, elles présentaient l'aspect de la fig. IX, celui d'un réseau capillaire dont les mailles très larges circonscrivent des espaces remplis de cellules. La comparaison de cette figure avec la fig. VIII montre tout de suite qu'elle ne possède pas, comme cette dernière, un stroma réticulé; ses vaisseaux sont un peu mieux formés, il est vrai, que certains vaisseaux de sarcôme, mais ils ne possèdent cependant pas partout une gaine conjonctive. C'est au contenu du lymphatique sous-jacent au papillôme que cette structure ressemble avec cette différence toutefois que dans le lymphatique les mailles capillaires sont plus serrées, et les cellules moins volumineuses en général.

La loi de similitude se vérifie donc du lymphatique aux ganglions, mais non de ceux-ci au nodule cutané.

Concluons en résumant : d'un côté, des taches mélaniques plus ou moins dégénérées ont déterminé du côté des ganglions des tumeurs souvent volumineuses et ulcérées : cette relation a pu être méconnue. D'autre part, des nævi pigmentaires congénitaux, de formes constamment identiques, ont donné lieu à des mélanoses ganglionnaires, pouvant à coup sûr en imposer à un chirurgien non prévenu pour des tumeurs primitives de différente nature soit cancéreuse, soit tuberculeuse. Une simple petite tache mélanique, ou un papillôme à peine saillant qui, sans dégénérer lui-même, infecte les ganglions et bientôt l'organisme, n'est-ce pas un véritable contraste ? et pourtant c'est un fait. Ne pouvons-nous pas, sans témérité, d'après ce qui précède émettre un doute sur la réalité du mélanosarcôme primitif des ganglions ? Houel (1) cite un mélanosarcôme primitif de l'aisselle, opéré 2 fois, après récurrence et Angelot (2), un mélanosarcôme primitif

(1) *Bull. Soc. Anat.*, 1867.

(2) *Bull. Soc. Anat.*, 1872.

de l'aîne, ulcéré, fongueux, cautérisé et rapidement récidivé. Dans aucun cas, n'est signalée la présence d'un *noëvus pigmentaire*, et à cette époque on ne mentionnait pas encore le *mélanosarcôme ganglionnaire* produit par un *noëvus*, encore intact, puisque l'observation de Petel, la première qui en fasse mention date de 1875. Ne se peut-il pas que certains cliniciens aient ou négligé ces taches, parce qu'elles sont en apparence très négligeables, ou bien ne les aient pas cherchées ?

Quoi qu'il en soit, quand la généralisation survient, elle suit une marche déjà connue, et étudiée par Perrin (Th. Paris, 1886) : le malade, au bout de quelques semaines à quelques mois, succombe dans le marasme après avoir fourni à la surface du corps des tumeurs multiples et des noyaux secondaires dans différents tissus, le poumon, le foie, le cerveau, le cœur, la rate, les séreuses du thorax et de l'abdomen, les os et le tissu cellulaire sous-cutané, (autopsies de la Faculté de Nancy par MM. les professeurs Bernheim et Spillmann). Le mode de généralisation est d'ailleurs exposé dans la Thèse de Perrin, nous ne nous y arrêterons pas.

CHAPITRE VI

Pronostic et traitement.

Cette généralisation a-t-elle lieu dans tous les cas ; l'intervention opératoire ne peut-elle soit l'empêcher, soit la retarder ? Un grand nombre d'auteurs qui ont étudié la question tels qu'Alibert, Cruveilhier, Velpeau, Lebert, Virchow, avaient à juste titre assigné au mélanosarcôme un pronostic absolument fatal, en raison de la généralisation constante, de la rapidité de la marche, et de l'inutilité des ablations. Dupuytren avait eu tellement de déboires avec ces tumeurs qu'il recommande toujours l'abstention quand on est bien assuré qu'on a affaire au cancer noir.

Les 2 seuls faits connus de mélanômes simples, appelés infectieux, parce que la tumeur primitive s'était généralisée à la façon même du mélanosarcôme, ont fait dire à Robin que le mélange de la mélanose avec des tumeurs déjà fort malignes par elles-mêmes, telles que le sarcôme ou le carcinôme donnaient au pronostic une gravité exceptionnelle. Gubler (dans son rapport du prix Portal, 1868), exprime les mêmes idées et Perrin, en 1886, recommande très formellement de ne pas y toucher.

D'ailleurs les chiffres sont là. D'après Cornil et Trasbot, chez 35 malades abandonnés à la marche

naturelle de leur affection, la durée a varié de 3 mois à 4 ans. Nélaton donne à peu près les mêmes chiffres. Une autre statistique de Cornil et Trasbot nous apprend que, sur 46 opérés, 11 moururent avant la récurrence; 21 eurent une récurrence locale; 14, une généralisation de même nature dans différents organes; la récurrence, ajoutent-ils, peut se faire attendre de sept semaines à plusieurs années; en général elle survient 2 mois après l'opération. Perrin dit qu'extirpé ou non, le mélanosarcôme a une issue rapide et fatale, ne dépassant pas 2 à 3 ans. La durée de la généralisation est de 6 semaines.

Retenons ces points importants, c'est que nulle part on n'accuse l'opération d'avoir hâté la maladie; que la récurrence est plus fréquemment locale qu'à distance, 21 fois sur 35 malades, et que, si parfois elle est rapide, elle est souvent lente à venir, plusieurs années d'après les adversaires eux-mêmes de l'intervention, et discutons le traitement.

Le chirurgien peut se trouver en présence de 3 cas :

1° Ou bien la généralisation a lieu, c'est-à-dire que la peau, le tissu sous-cutané sont avec les ganglions le siège de tumeurs secondaires; il est évident qu'on ne prétendra pas arrêter la marche de l'affection par une opération quelconque.

2° Ou bien il existe une tumeur unique avec ou sans ganglions.

1° Il y a des ganglions. Il ressort de toutes nos observations que, les ganglions envahis, opérés ou non, les malades succombent rapidement à la généralisation. Ainsi dans le cas de Léger (observ. I), il s'agit d'une tumeur ganglionnaire du cou, de la grosseur d'une orange, ulcérée. Dolbeau l'enlève

ainsi qu'un ganglion voisin inaperçu avant l'opération ; la généralisation emporte le malade avant la cicatrisation de la plaie. Le cas de Nepveu se rapporte à des ganglions inguino-cruraux formant une tumeur volumineuse, ulcérée. C'était une récurrence d'un mélanosarcôme de la cuisse opéré convenablement. Pendant l'opération, on constate sous l'arcade crurale des prolongements qu'on est obligé de laisser. Généralisation immédiate et mort rapide.

En relisant les observations II et V, on peut voir 2 cas de tumeurs mélaniques ganglionnaires de l'aîne, paraissant limitées ; ces deux tumeurs, au cours de l'opération, sont reconnues adhérentes aux vaisseaux, la dissection en fut laborieuse et complète, mais dans un cas les ganglions iliaques étaient envahis et ne furent pas extirpés, il y avait même avant l'opération des nodosités secondaires. Les deux malades succombèrent au bout de peu de temps aux progrès de la généralisation ; chez l'un des malades, la plaie ne s'était jamais refermée, chez l'autre, elle était devenue le siège d'une ulcération plus que suspecte.

Les partisans de l'intervention objecteront que le prolongement impossible à enlever, et dans un cas même les noyaux secondaires, constituent de mauvais cas qui ne doivent pas commander une abstention systématique devant des tumeurs ganglionnaires. Nous répondrons ceci : 2 fois (I et V) cliniquement tout a été enlevé, et nous ajouterons que M. le professeur Heydenreich (Obs. III) enleva très largement une petite tumeur de la joue, il extirpa en même temps un ganglion carotidien supérieur formant une tumeur unique, bien limitée, parfaitement mobile, et de la grosseur d'une petite noix ;

il disséqua tout autour une certaine quantité de tissu cellulaire paraissant sain. Tout était cicatrisé au bout de huit jours. Un mois après, la femme présente un petit point noir comme une tête d'épingle, sur la cicatrice de la joue : 3 mois après, le point noir a grossi, il existe une petite tumeur sous-cutanée sur le trajet d'un lymphatique qui se rend à un ganglion énorme de l'angle du maxillaire. Les ganglions sous-maxillaires forment une masse volumineuse et la cicatrice du cou est le siège d'une induration caractéristique. Anatomiquement, on peut encore opérer, mais aucun chirurgien ne s'y risquera.

Que faut-il en conclure ? c'est que l'adénopathie ganglionnaire est un signe de généralisation et que l'affection n'est pas seulement limitée aux parties visibles, c'est que, même dans le cas de M. le professeur Heydenreich, quand on croit avoir fait une opération non pas radicale, mais du moins à récédive éloignée, la récédive est proche, c'est que, quand un ganglion est envahi, d'autres le sont en même temps : on ne les voit pas, on ne peut pas les voir. Rappelons encore que nous avons trouvé une veine émanée d'un ganglion dégénéré, à parois envahies et contenant des noyaux mélaniques à l'état libre dans son intérieur : l'on se fait une idée de la facilité avec laquelle le dépôt mélanosarcomateux peut passer non pas seulement d'un ganglion à un autre mais directement dans la circulation générale. A quoi servirait alors l'intervention ?

Elle serait inutile, mais non dangereuse ; c'est-à-dire que la généralisation suivrait son cours tout aussi bien que sans extirpation. Ainsi le malade dont l'observation nous a été donnée par M. le pro-

fesseur Vautrin, n'a été opéré que de son papillôme anal ; les ganglions inguinaux ont été respectés, et, quelques semaines après, le malade succombait à la généralisation.

2° A une palpation attentive, on n'a pas perçu de ganglions, on est en présence d'un mélanosarcôme unique, sans signes de généralisation, doit-on s'abstenir ? Oui, d'après certains chirurgiens qui s'appuient sur l'impossibilité de connaître l'état des lymphatiques, des ganglions, et sur la récurrence localisée uniquement sur les ganglions, après une extirpation complète d'une tumeur mélanique. Répondons d'abord que la récurrence sur place est la plus fréquente, qu'elle se fait attendre souvent plusieurs années, et que l'affection est par conséquent longtemps locale. Or, puisque ces tumeurs sont le point de départ d'une infection générale à plus ou moins longue échéance, il est évident qu'il faut enlever ce foyer d'infection. Cette infection, dira-t-on, peut exister à l'état latent : mais, puisqu'on ne le sait pas, rien ne prouve qu'on n'ait pas affaire à une affection encore locale. D'ailleurs, quoiqu'on en dise, la mélanose n'est pas toujours fatale. Heurtaux cite des guérisons définitives de petits mélanosarcômes ; Cruveilhier en a enlevé un qui, neuf ans après, n'avait pas récidivé. Edm. Simon (Th. Paris, 1861) en a observé plusieurs cas. Pamard d'Avignon a enlevé 3 tumeurs mélaniques de l'œil, et une du testicule ; 3 de ces malades ont été revus 5, 6 et même 22 ans après l'opération.

Ne pouvons-nous pas nous demander à quoi tient cette fatalité du pronostic ? Tous les malades abandonnés à eux-mêmes succombent par généralisation au bout de 4 ans au maximum, et en général au

bout de un, deux, trois ans. Comme la généralisation a une durée de quelques semaines à quelques mois, qu'elle suit en général de très près les premières manifestations ganglionnaires, on doit en conclure que le mélanosarcôme peut exister à l'état de tumeur unique un, deux, trois, quatre ans et même cinq ans d'après une de nos observations, et que, plus un mélanosarcôme est âgé, plus l'infection est proche ou latente. Si donc on enlève un mélanosarcôme datant déjà d'un certain temps, on est en droit de craindre une récurrence éloignée ou sur place, à brève échéance. Aussi sommes-nous convaincu que les mélanosarcômes enlevés de bonne heure sont susceptibles d'une guérison radicale, à part évidemment ceux qui évoluent en trois mois. Ce sont des cas malheureux, comme il en existe beaucoup parmi les autres tumeurs malignes.

Il faut tenir compte aussi du mode opératoire : la cautérisation, la destruction par les caustiques, qui agissent lentement et souvent d'une façon incomplète doivent avoir une large part dans cet ostracisme dont les chirurgiens ont frappé de tout temps l'intervention active.

Ici les faits le prouvent : (Rey, Obs. XIV) deux mélanosarcômes assez rapprochés sont cautérisés à la pâte de Canquoin ; les deux tumeurs augmentent rapidement de volume et se réunissent ; elles s'entourent d'un piqueté noirâtre qui donne bientôt naissance à d'autres tumeurs ; cinq mois après, mort par généralisation. Un médecin (Obs. XIII) cautérise un mélanosarcôme excorié du dos du pied ; ulcération rapide, rougeur inflammatoire dans toute la partie inférieure de la jambe ; l'amputation de la jambe est faite et les ganglions disparaissent. —

Rotacker (Obs. XII) enlève largement au bistouri un mélanosarcôme doublé en peu de temps de volume à la suite d'un traitement irritant : la guérison est rapide. Ces cas sont nombreux qui montreraient qu'une opération bien faite guérit sinon radicalement toujours, du moins souvent pour un temps assez long, là où une intervention incomplète avait été plus nuisible qu'utile. Ces faits sont mentionnés dans les observations VII, VIII, IX, X.

Le mode opératoire, le seul à employer, est l'extirpation au bistouri. L'opération n'est jamais difficile, les tumeurs dont nous nous occupons étant toujours cutanées, peu volumineuses comme nous l'avons dit, souvent pédiculées, et en tout cas à base dépassant rarement une pièce de cinq francs ; de sorte que la première intention s'obtient facilement en nécessitant parfois quelque débridement. C'est là une condition essentielle d'une bonne opération. Une large cicatrice de seconde intention se teinte rapidement en bleu ou en violet, témoignant ainsi de la récurrence immédiate sur place (Duret). Or une grande plaie n'est nécessaire que dans les cas où une tumeur s'implante largement sur la surface cutanée ; ce n'est pas le cas ici, puisque ces tumeurs sont relativement petites et se généralisent plutôt que d'atteindre un gros volume. On ne se trouve donc dans la nécessité d'avoir une vaste perte de substance que quand la tumeur est entourée de noyaux secondaires, ou de ce piqueté noirâtre dont nous avons parlé au chapitre des symptômes. Ce sont des signes d'envahissement, et à ce moment, il est impossible de limiter nettement la tumeur. On fait là une opération inutile.

En résumé, la meilleure chance d'avoir une gué-

risson radicale, consisterait dans l'extirpation des tumeurs petites et jeunes. Or si nous faisons abstraction des deux cas, les seuls que nous ayons rencontrés, de mélanose ganglionnaire produite par un papillôme mélanique, non dégénéré, nous devons conclure, en raison de la malignité de leur développement ultérieur, que l'on doit sans hésitation enlever au bistouri et avec tous les soins que nécessite une tumeur très maligne, un papillôme mélanique qui présente les symptômes décrits au chapitre de son évolution vers le mélanosarcôme.

Si donc un *noëvus*, indolent jusqu'à un certain âge, devient douloureux, est le siège de démangeaisons, s'excorie, et grossit légèrement, en présentant à sa surface ou autour de lui des granulations colorées, il faut l'enlever.

Si le diagnostic est faux, le mal n'est pas grand, on aura au contraire supprimé une cause ultérieure d'infection ; s'il est vrai, on aura fait la plus utile des opérations. Il est évident, après ce que nous avons dit dans le courant de cette étude, que nous excluons toute intervention irritante, soit caustiques chimiques ou physiques ; nous n'acceptons comme moyen thérapeutique que l'ablation au bistouri, et la réunion immédiate.

Nous nous demandons même, en raison des infections possibles de l'organisme par un *noëvus* ou un papillôme mélaniques, si l'on ne serait pas jusqu'à un certain point autorisé à enlever tout *noëvus* ou papillôme ; on supprimerait ainsi et définitivement une cause de généralisation mélanique ultérieure ; nous avons ici surtout en vue les taches congénitales qui ont des manifestations éloignées, ainsi qu'en témoignent les observations de MM. Baraban et

Léger. Il faudrait évidemment que cette tache fût unique, autrement on ferait trop de cicatrices pour prévenir une maladie qui épargne fort heureusement beaucoup de sujets ainsi dotés par la nature.

Observations

*Observation personnelle prise dans le service de
M. le Professeur HEYDENREICH.*

Mélanosarcôme. — Généralisation ganglionnaire.

Marie B..., 58 ans, entre le 26 décembre 1886, à l'hôpital civil. Père mort d'une *gastrite chronique* à un âge avancé. Premières règles à 15 ans, toujours abondantes et régulières. A eu trois enfants, l'un mort tout jeune, l'autre de fièvre typhoïde, le troisième est bien portant.

A eu la fièvre typhoïde à 16 ans. — Ménopause à 52 ans. Portait depuis son enfance dans la région de l'os malaire gauche un *nœvus pigmentaire*, cutané, sans saillie appréciable à la peau.

Au mois de mars 1886, s'est aperçue que sa tâche de naissance commençait à grossir, et devenait le siège de petites démangeaisons, parfois même de lancées, après refroidissement, dit la malade, qui se mit alors à la gratter et en fit sortir quelques gouttes de sang ; il s'y forma une croûte qui une fois tombée n'a plus reparu. Une petite tumeur prit naissance à ce niveau, et s'est accrue lentement pendant sept ou huit mois ; au mois d'octobre elle avait le volume d'un pois, était brune comme le *nœvus*. A cette époque seulement, c'est-à-dire il y a deux mois, à la suite d'un choc appliqué à sa surface, la tumeur s'est mise à grossir si rapidement que la malade la voyait chaque jour augmenter.

26 Décembre. — État actuel. — Femme maigre. Tempérament nerveux. Sur la joue gauche, au niveau de l'os malaire, on constate une tumeur de coloration brunâtre, de forme allongée, saillante à la peau, reposant sur une base non indurée, non adhérente à l'os sous-jacent, à peu près de la largeur d'une pièce de deux francs ; elle présente quelques grains de mil, noirâtres, appréciables au toucher, voisins de la tumeur principale qui s'élève au-dessus de sa surface, et qui a la grosseur d'un œuf de pigeon.

La tumeur a une consistance intermédiaire entre la

mollesse et la résistance. Elle est mobile en tout sens. Douleurs intermittentes, tantôt mordicantes, tantôt lancinantes.

Dans la région carotidienne, vers l'angle du maxillaire inférieur, s'est développé (la malade ne sait depuis quand) un ganglion : ce ganglion est profond, libre d'adhérences, légèrement saillant à la peau qui est soulevée, mais glisse parfaitement à la surface. Il est donc mobile ; dur, indolent, spontanément et à la pression.

Diagnostic. — Une tumeur développée rapidement sur un nævus cutané, avec retentissement ganglionnaire chez une personne de 58 ans, est une tumeur maligne. C'est un sarcome mélanique en raison des symptômes précédemment indiqués, et surtout d'après l'absence d'induration périphérique qui exclut l'idée d'épithélioma ou de carcinôme.

27 décembre : Opération. — Chloroforme. Incision au bistouri, en dehors des limites de la tumeur et du nævus, empiétant notablement sur les tissus voisins sains. Ablation de la tumeur et de la peau qui la supporte. Pas d'adhérence à l'os qu'on ne découvre pas. Pas d'artérioles à lier. La tumeur enlevée laisse une plaie de la largeur d'une pièce de cinq francs, légèrement ovale à grand axe oblique en bas et en dehors. On cherche la réunion immédiate ; il faut en même temps éviter l'ectropion. Les lèvres de la plaie se rapprochent facilement suivant le grand axe de l'ovale, et l'on n'observe pas de tension de la paupière inférieure. On suture par cinq fils d'argent, et, après que la suture est faite, on pratique parallèlement à la direction de la plaie une incision libératrice dans le sillon nasojugal. On évite ainsi la tension de la lèvre inférieure de la plaie. — Ablation du ganglion ; incision verticale ; extirpation facile : deux fils d'argent.

Soir : T. 37°8. Il n'y eut pas de fièvre pendant toute la durée de la cicatrisation. — *3 janvier* : ablation des fils, les deux plaies sont en bon état ; la cicatrisation est presque complète, le 9 janvier ; la malade quitte alors l'hôpital.

17 janvier. — Elle revient : une ulcération de la largeur d'une pièce de vingt centimes, à bords décollés, s'est produite à la partie moyenne de la cicatrice, à la place d'un fil.

29 janvier. — Guérie depuis quelques jours. A l'extrémité inférieure de la cicatrice, on voit un point noir, gros comme une tête d'épingle. Est-ce déjà une récidue ?

27 mai. — La malade est revenue de nouveau. Le point noir a grossi. Il est aujourd'hui comme un pois ; sa coloration

est brune, noirâtre comme celle de la tumeur primitive. On voit de plus sur la joue du même côté, à peu près au niveau du bord antérieur du masséter, une autre petite tumeur arrondie, adhérente en un point à la peau qui est légèrement soulevée et de coloration normale. Elle paraît avoir pris naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle est indolente spontanément et à la pression.

On constate de plus dans la région sous-maxillaire et sous-hyôïdienne, des ganglions nombreux, très durs, et formant une masse assez considérable; leur saillie à la peau est appréciable, mais non volumineuse. La cicatrice du cou est indurée; on perçoit à la palpation une induration profonde à ce niveau.

Tous ces ganglions sont sensibles spontanément, peu à la pression : la douleur est parfois lancinante.

L'état général n'a pas varié, il est encore satisfaisant.

Etude histologique de la tumeur mélanique, faite par M. le Professeur agrégé BARABAN. — La tumeur primitive paraît encore revêtue de son épiderme; sa surface est noire, lisse, tendue, luisante. A la coupe, elle présente un aspect marbré. Au microscope, on y voit des travées de tissu embryonnaire qui circonscrivent de larges alvéoles remplis par des cellules dont le caractère le plus constant est la forme arrondie ou ovale des noyaux. Ces noyaux varient peu comme volume, mais il n'en est pas de même des cellules dont les unes sont à peine plus grandes que les noyaux, tandis que les autres atteignent des dimensions bien plus considérables. Leur forme généralement allongée n'a cependant rien de caractéristique : à côté d'alvéoles contenant exclusivement des fuseaux, on en trouve d'autres où les éléments sont polyédriques, en raquette, ou imparfaitement étoilés. Quelques-unes sont fortement pigmentées. La distinction entre le contenu des petites alvéoles et le tissu embryonnaire voisin n'est pas toujours facile à établir, en sorte qu'il y a lieu d'admettre la transformation graduelle des cellules de ce tissu, pour expliquer l'agrandissement des alvéoles.

L'épiderme qui s'étale à la surface du papillôme est d'inégale épaisseur. Par places il est très aminci et repose directement sur le contenu des alvéoles; sur d'autres points, il en est séparé par une mince couche de tissu fibreux, infiltré de noyaux embryonnaires et de pigment.

Le pigment siège principalement dans les travées alvéolaires.

Quant au ganglion, à peine gros comme une petite noisette il est déjà presque complètement dégénéré. On n'y voit plus que de minces travées du tissu primitif. Tout le reste est formé par des cellules arrondies ou polyédriques volumineuses à un ou plusieurs noyaux infiltrés ou non de pigment, et généralement contiguës les unes aux autres; on saisit cependant çà et là quelques fibrilles entre les cellules, là où celles-ci confinent au vestige du tissu ganglionnaire, on reconnaît aussi dans ces points la transformation directe des cellules lymphatiques en cellules du néoplasme.

IV. — *Observation communiquée par M. le professeur agrégé VAUTRIN; nous devons l'anatomie pathologique à M. le professeur agrégé BARABAN.*

Molluscum dégénéré. Généralisation ganglionnaire.

En juillet 1885, un homme de 20 ans environ se présente à l'hôpital civil, pour une affection du pli de l'aîne.

Cet homme paraît d'une assez forte constitution, bien développé. C'est un campagnard. Antécédents héréditaires et personnels excellents. Il n'a jamais souffert que de la maladie qui l'amène à l'hôpital.

Il porte à l'aîne droite une tuméfaction qui a paru il y a quelques mois sous forme d'une glande du volume d'une noix siégeant au voisinage de l'arcade crurale et vers l'angle interne du triangle de Scarpa. Cette grosseur augmenta peu à peu, sans douleur ni gêne; peu à peu elle s'accrut de nodosités semblables à la première et elle acquit le volume des deux poings réunis, volume qu'on lui trouve encore aujourd'hui. Divers révulsifs et onguents furent appliqués à sa surface, c'est ce qui fait qu'au moment de l'examen, il n'est pas possible de s'assurer de la couleur de la peau.

Le malade ne se plaignant que de cette tumeur, l'attention se porte sur ce point d'abord. On constate à la palpation une tumeur ayant un grand diamètre horizontal de 10 cent. environ, un vertical de 5 centim. Elle est dure, bosselée, peu mobile sur la profondeur et siége au-dessous de la peau qui ne lui adhère pas. Au-dessus d'elle se trouve l'arcade crurale, dont elle peut être séparée. Au-dessous bat l'artère fémorale, à sa place normale, et séparée de la tumeur, comme on peut le vérifier en provoquant la mobilité. Le doigt s'interpose entre le plan du *fascia cribriformis* et la

tumeur, vers la partie inférieure de celle-ci. Vers la partie interne, la tumeur se prolonge du côté du pli inguino-crural, indiquant une participation possible de cette région à l'affection. Bref, on doit penser à une tumeur ganglionnaire. De quelle nature ?

La tumeur ayant son grand axe horizontal, on examine le périnée et la marge de l'anus. Sur la partie latérale droite de l'anus et en dehors du pli fessier, se trouve une tumeur rouge, pédiculée et étalée en champignon. Le malade refuse d'abord de la laisser examiner, disant qu'il a cette grosseur depuis son enfance et qu'elle n'a augmenté légèrement que dans ces derniers temps. Elle ne l'empêchait pas de travailler, de monter à cheval même. Jamais elle ne lui a causé de douleur.

Cette petite tumeur a exactement la forme d'un champignon ; elle est lisse sur tout son pourtour rouge, avec quelques veinosités superficielles, mais au centre on trouve un tubercule lobulé, plus élevé que les parties voisines, gros comme une noisette, violacé et assez dur. Tout le reste de la tumeur est mou, analogue au molluscum.

Le point médian avec son aspect brunâtre, bourgeonnant, ressemble à un point de dégénérescence néoplasique. On cherche en vain d'autres points analogues. En raison de la marche insidieuse, de l'augmentation de volume récente, de l'âge du sujet, de l'amaigrissement qu'il a remarqué dans les derniers temps, on ne peut songer qu'à une dégénérescence sarcomateuse d'un molluscum fibreux congénital. La tumeur ganglionnaire se trouvant dans la région tributaire de la partie dégénérée doit être soupçonnée de participation néoplasique, d'autant plus que la recherche d'une scrofulotuberculose n'aboutit qu'à des signes négatifs.

L'état général est bon, quoiqu'un peu ébranlé déjà. Les fonctions organiques sont régulières.

Mentionnons encore, point important, des ganglions dans la fosse iliaque interne faisant suite aux premiers.

Le malade a été opéré de sa tumeur fessière. Les ganglions iliaques et inguinaux ont été respectés ; le malade mourut de généralisation quelques mois plus tard.

Autopsie. — Augmentation de volume des ganglions iliaques et lombaires ; nodules volumineux et granulations miliaires, dans le foie, le poumon, la rate, les muscles.

La tumeur de la fesse enlevée pendant la vie du malade

n'a pu fournir des documents absolument précis, car elle avait été remise en assez mauvais état. On put seulement y constater une masse fibreuse centrale, une zone superficielle bourrée de cellules ou de noyaux de petite dimension, des granulations pigmentaires dans l'épiderme et au-dessous, et enfin la présence dans la zone superficielle d'un point où les éléments étaient plus volumineux.

Examen des ganglions. — Par le râclage on en extrait un suc qui contient des noyaux libres de 6 à 50 μ de diamètre et des cellules dont les caractères sont les suivants. Leur forme est habituellement globuleuse, parfois polyédrique, leurs dimensions oscillent entre 20 et 130 μ . Quelques-unes renferment beaucoup de noyaux, mais ne ressemblent pas cependant aux cellules à noyaux multiples qui se rencontrent dans les sarcômes à myéloplaxes et ne pourraient servir à caractériser dans ce sens nos tumeurs ganglionnaires.

Les coupes pratiquées sur ces ganglions n'offrent pas absolument le même aspect sur les gros que sur les petits. Sur ceux-ci on distingue encore des traces de la structure des couches corticales en sinus et follicules : seulement les sinus sont élargis et dilatés par la présence, entre leurs trabécules, de cellules volumineuses que nous décrirons tout à l'heure. Ces trabécules sont devenues lamellaires et il n'est pas possible de savoir si elles ont ou non conservé leur endothélium, quoique l'on y remarque çà et là des noyaux ovoïdes. De cette disposition résulte un tissu creusé d'alvéoles qui contiennent généralement un petit nombre de cellules et dont les parois renferment rarement des vaisseaux, lesquels ne sont jamais en contact avec les cellules. Si les sinus sont élargis, par contre la substance folliculaire est réduite de volume ; on y voit beaucoup de cellules lymphatiques et entre elles une petite quantité de cellules volumineuses disséminées sans ordre. On rencontre des granulations pigmentaires un peu partout dans l'épaisseur des trabécules aussi bien que dans l'intérieur des éléments cellulaires.

Les coupes du plus gros ganglion ne permettent plus d'y reconnaître la moindre trace de la structure normale de ces organes. On y voit d'épaisses travées fibreuses qui circonscrivent des séries de lobules dont l'aspect rappelle beaucoup celui de la fig. VII. Les alvéoles y sont toutefois un peu

moins grands et le réticulum conjonctif plus serré en général, de sorte que les cellules qui y sont contenues affectent plus généralement la forme arrondie. Bien des lobules sont affectés de dégénérescence graisseuse, ce qui paraît tenir à la constriction qu'exercent autour d'eux, par rétraction atrophique, les travées fibreuses épaissies qui sillonnent la tumeur. Quant au pigment, on en rencontre quelque peu dans les cellules qui remplissent les alvéoles; mais il siège principalement dans les travées en voie de rétraction où il occupe plus spécialement des éléments cellulaires aplatis et allongés qui sont des vestiges de contenus alvéolaires, plutôt que des cellules conjonctives.

En somme, l'étude de ces ganglions écarte complètement la dégénérescence scrofuleuse, et vérifie s'il en est besoin le diagnostic de néoplasme.

V. — *Observation de M. le Dr ETIENNE, chef de clinique.*

Mélanosarcôme. Généralisation ganglionnaire.

Femme de 23 ans, couturière. Avait sur le dos du pied gauche une tache mélanique congénitale qui au mois de février 1886 se mit à grossir, et forma une petite tumeur noire qu'un vieux médecin cautérisa. Il s'ensuivit une plaie qui mit un certain temps à se fermer. Au mois d'avril, elle commença à sentir dans l'aîne gauche des petites tumeurs, douloureuses, gênant la marche.

En août 1886, elle entre à l'hôpital, la plaie de la région dorsale du pied est cicatrisée; la cicatrice est assez étendue, superficielle, et de coloration brun clair.

A l'aîne on sent 3 tumeurs du volume d'une grosse noix; indépendantes les unes des autres, dures, douloureuses à la pression, sans changement de couleur à la peau qui est mobile et glisse à leur surface.

La marche est possible, mais quelquefois douleurs lancinantes à la partie antérieure de la cuisse.

Ces tumeurs sont prises pour des ganglions scrofulotuberculeux, et extirpées.

A l'examen histologique, on trouve la dégénérescence mélanosarcomateuse.

Trois semaines après, nouveau ganglion mélanosarcomateux qu'on enlève encore. Avant la cicatrisation de la plaie une petite tumeur se montre à l'épaule, rapidement suivie

par d'autres ; on l'évacue en médecine où elle ne tarde pas à mourir.

VI. — *Observation de M. le Dr HAUSHALTER, chef de clinique médicale, résumée.*

D'après la *Revue médicale de l'Est*, 15 février 1887.

Madame M., 34 ans, entre à l'hôpital civil le 27 décembre 1886 ; toujours occupée aux travaux de la campagne. — Pas d'antécédents héréditaires ; toujours bien portante, jusque il y a un an. Mariée et mère de cinq enfants encore en vie ; elle a allaité le dernier vingt-deux mois, et l'a sevré il y a cinq mois.

Pendant toute la période de l'allaitement, ses règles n'ont pas reparu ; après le sevrage, pendant les mois de septembre et d'octobre, elle a eu des pertes rouges qui ont cessé complètement au bout de deux mois.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle voit apparaître à la place d'une verrue colorée qu'elle porte depuis son enfance au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, une petite tumeur qui, sans être douloureuse, la gênait parce qu'elle était comprimée par les cordons de ses jupons. — Un médecin excise une première fois cette petite tumeur qui reparait bientôt ; elle est enlevée une seconde fois ; enfin à la troisième récurrence (six mois après le début) il se contente de la cautériser. Pendant un an, elle n'a eu que cette tumeur.

Cinq mois avant son entrée à l'hôpital, ont apparu sur la peau une série de nodosités auxquelles du reste elle n'attachait pas d'importance.

Depuis un an seulement, ses forces diminuent ; depuis trois mois, elle ne peut plus travailler ; depuis le même temps, ses selles sont colorées quelquefois en noir ; depuis deux mois, elle a quelquefois de l'œdème fugace des membres inférieurs, depuis trois semaines, elle a une petite toux sèche, et a craché plusieurs fois du sang. Du reste elle ne souffre pas et n'entre à l'hôpital que pour sa grande faiblesse.

A son entrée (27 décembre 1886), la tumeur qui a pris naissance sur la verrue colorée, en forme de champignon, à pédicule très large et très court, présente le diamètre d'une pièce de cinq francs ; elle est violacée, de consistance ferme ; elle est indolore et non ulcérée.

La malade est en pleine généralisation.

Morte le 8 janvier.

VII. — *Observation personnelle prise au service de M. le professeur HEYDENREICH.*

Marie H., 35 ans, brodeuse, entrée le 12 février 1887 à l'hôpital civil. — Père tailleur de pierres, mort à 60 ans de bronchite professionnelle. Mère bien portante. Deux sœurs également bien portantes.

Premières règles à 15 ans, depuis toujours régulières. N'a jamais été malade.

Avait un *nœvus* congénital pigmentaire, cutané, sans saillie à la surface de la peau, de la grosseur d'une lentille, siégeant sur la joue gauche. Sa couleur était brun noirâtre.

Il y a 6 ans, le *nœvus* se mit à grossir, devint comme un pois, surélevé, et ne changea pas de coloration. Pas de douleurs à cette époque. Pendant cinq ans, la petite tumeur n'augmenta pas ; elle devint à peine grosse comme un haricot, sans jamais saigner, sans croûte à la surface, ni picotement, lorsqu'il y a un an, elle s'accrut légèrement. La malade y fit des applications de poix qu'elle renouvelait tous les jours. Quelques mois après, la tumeur se mit à saigner ; des croûtes s'y formèrent ; nouvelles applications de poix ; arrachement continu de la croûte ; augmentation lente, mais continue de la petite tumeur, sans douleurs.

La malade entre à l'hôpital le 12 février.

12 février. — Femme de bonne constitution, bien réglée.

On remarque sur la joue gauche dans un point situé sur une ligne, joignant la commissure labiale et l'angle du maxillaire inférieur gauche, à 2 cent. 1/2 au dessus du bord inférieur de cet os une croûte noirâtre grosse comme une noisette reposant sur une surface pigmentée de dimension égale à celle d'une pièce de cinquante centimes. Il est nécessaire de faire tomber la croûte pour bien voir l'aspect de la lésion : un cataplasme est appliqué et le lendemain on se rend compte de l'affection.

13 février. — On constate une tumeur allongée dans le sens vertical et mesurant dans ce sens deux centimètres sur un centimètre de large. Elle est bilobée et semble constituée par deux tumeurs dont l'inférieure est notablement plus petite. Elle fait saillie à la peau et paraît surélevée

d'environ sept à huit millim. Sa coloration est fortement pigmentée, d'un brun noirâtre, et la portion saillante repose sur une base également pigmentée qui la dépasse par ses bords. — La consistance est mollassse, pâteuse. Suintement léger, jaune sale ; pas de douleurs spontanées ni à la pression.

La tumeur est évidemment développée aux dépens de la partie superficielle du derme, ou plutôt du *nœvus*.

Les parties périphériques sont saines et ne présentent aucune espèce d'induration ; pas d'induration profonde non plus ; mobilité complète et en tous sens.

Pas de ganglions, malgré une exploration attentive et répétée.

En résumé, une tumeur mélanique développée à la surface de la peau, sur un *nœvus* pigmentaire, sans induration périphérique, s'accroissant avec rapidité depuis six mois, est sûrement de nature maligne ; l'âge de la malade et ces divers caractères font poser le diagnostic de *sarcôme mélanique*.

L'anatomie pathologique confirma le diagnostic.

16 février. — Opération. — Chloroforme.

Incision ovale à grand axe oblique en haut et un peu en arrière, circonscrivant à la fois la tumeur et le *nœvus* ; l'incision est à 1/2 centim. des limites de la tumeur ; dissection et ablation de la portion de peau limitée par l'incision. Le tissu cellulaire est absolument sain et le derme lui-même paraît n'être pas envahi ; le néoplasme est tout superficiel.

Deux artérioles ont été simplement pincées ; l'hémorragie est négligeable. Trois sutures au fil d'argent. Pansements aux compresses phéniquées, remplacés quelques jours plus tard par le pansement sec à base d'iodoforme.

Réunion par première intention.

La malade quitte l'hôpital le 25, complètement guérie.

OBS. VIII. — DURET. — *Archives de physiologie*, 1873.

Femme J..., 50 ans; tumeur de la région dorsale, pédiculée, ayant la forme d'un champignon, surface ulcérée, bourgeonnante, laissant suinter un liquide séreux ; base violacée ; le tout développé sur un *nœvus* pigmentaire congénital. Le début date de trois mois. La tumeur est enlevée, réunion par

seconde intention. La cicatrice a conservé un aspect violacé et épaissi.

Diagnostic : mélanosarcôme, avec aspect carcinomateux d'une partie de la tumeur.

Malade non suivie.

OBS. IX. — BUSCH. — *Berlin. Klinische Wochenschrift*,
n° 16, 1880, 19 avril.

Un jeune homme robuste présentait, au niveau de la hanche, un nævus pigmentaire verruqueux. Grâce au frottement du pantalon, cette tumeur s'était ulcérée et avait en peu de temps doublé de volume.

Busch refusa l'opération et fit appliquer sur cette surface saignante des compresses d'eau blanche. Sous l'influence de ces pansements, l'épiderme corné se reproduisit et au bout de deux mois, la teinte de la tumeur s'était considérablement éclaircie. Mais quand le patient commença à remettre ses pantalons, de nouveaux phénomènes d'irritation se manifestèrent. S'en laissant imposer par la disparition du pigment. Busch se décide à extirper le nævus qui n'offrait en effet plus que par places quelques granulations noirâtres. Nonobstant, le malade succomba quelques mois après à un sarcôme mélanique intracrânien.

OBS. X. — Prise dans la thèse de CLAUSEL.

Femme; 68 ans. Avait sur la joue gauche une tache de rousseur portant un petit poil au centre, elle arrache ce poil et à dater de ce moment, la tache s'est agrandie en surface et en épaisseur. Un an après, on voit une tumeur, grosse comme une cerise, de coloration noire ardoisée, de forme sphérique; pas d'engorgement ganglionnaire. Enlevée au bistouri. Cicatrisation rapide.

Diagnostic microscopique : mélanosarcôme.

Deux mois plus tard, on perçoit vaguement une très légère teinte bleuâtre de la cicatrice. Pas trace d'engorgement ganglionnaire.

OBS. XI. — NEPVEU. — *Gazette médicale de Paris*, 1872,
n° 28, p. 336 et 32, p. 385.

Garçon de 30 ans, mère et tante maternelle, mortes d'affec-

tions cancéreuses bien déterminées. Nœvus pigmentaire de la cuisse transformé en mélanosarcôme enlevé par un médecin. Quelques mois après, un des ganglions de l'aîne se prend, acquiert la grosseur d'une forte pomme, en impose pour un ganglion suppuré et est ouvert au bistouri. Un vaste champignon noirâtre se forme rapidement. Demarquay se résolut à l'enlever mais, la tumeur s'étendant sous l'arcade crurale, ne put être enlevée complètement. Nouvelle végétation, réséquée de nouveau après ces deux tentatives chirurgicales qui se succédèrent rapidement; le malade succomba aux progrès de la généralisation mélanique.

OBS. XII. — ROTACKER. — *Medical News*, 5 septembre 1885.

X..., homme de 56 ans; nœvus pigmentaire du dos, ayant donné naissance à une tumeur à la suite, dit le malade, des frottements produits par les bretelles. La tumeur le gênant, il la fait ouvrir par un ami; il s'écoule un peu de sang; mais, à partir de cette intervention maladroite, la tumeur augmente de volume, devient grosse comme un œuf, globuleuse, bleuâtre et se pédiculise; une autre tumeur sous-cutanée apparaît à quatre pouces au-dessous de la première. Rotacker enlève les deux tumeurs et la cicatrisation est rapide.

Sept mois après, mort par généralisation.

OBS. XIII. — De la thèse PERRIN.

Homme, 30 ans; nœvus congénital du cou de pied, excorié à la suite de marches forcées, et cautérisé à la pâte de Vienne. Une ulcération se produit accompagnée de rougeur et de chaleur à la partie inférieure de la jambe. Les ganglions de l'aîne se tuméfient. L'amputation de la jambe est faite par Péan; les ganglions inguinaux disparaissent, et le malade sort guéri quatre semaines après.

OBS. XIV. — REY. — Interne des hôpitaux (*Bull. Soc. Anat.*, 1872, p. 454).

L..., culottière, 50 ans, avait à la partie supérieure de la jambe un nœvus pigmentaire congénital enlevé par un éclat d'obus en *janvier 1871*. Un mélanosarcôme se développe

sur la cicatrice, est cautérisé plusieurs fois à la poudre de Vienne et à la pâte de Canquoin. Récidive sur place immédiate. Piqueté noirâtre autour de la tumeur qui finit par atteindre le volume du poing. Noyaux secondaires dans le genou et la cuisse.

Morte, 22 octobre 1872, de généralisation.

CONCLUSIONS

Le *noëvus* pigmentaire peut manifester sa malignité de deux façons différentes.

1° Ou bien il se transforme directement en *mélanosarcôme* qui retentit d'abord sur les ganglions, puis se généralise à tout l'organisme.

2° Ou bien, sans présenter de signes locaux de malignité, il détermine sur les ganglions, dont il est tributaire, une dégénérescence néoplasique, suivie à bref délai de généralisation.

La zone embryonnaire sous-épidermique peut expliquer ces manifestations.

Si donc on se trouve en présence de tumeurs ganglionnaires à diagnostic douteux, on devra rechercher, sur le trajet des lymphatiques, la présence d'un *noëvus* dégénéré ou même cliniquement intact. Il est possible que ce soit le début des accidents.

Il s'ensuit que l'on doit extirper tout *noëvus* en voie de dégénérescence.

Il faut abandonner l'affection à sa marche naturelle quand les ganglions sont envahis ; une opération dans ce cas a toujours été suivie de généralisation immédiate.

Quand on a affaire à un *mélanosarcôme* unique, l'extirpation est indiquée ; on recule la période de généralisation ; si la tumeur est jeune, la guérison peut être radicale.

Vu, le 16 juillet 1887,
Le Président de thèse,
FELTZ.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 17 juillet 1887,
Le Recteur,
M. MOURIN.

ERRATA

- Page 18, ligne 25 : au lieu de *phériphérique* lire *périphérique*.
Page 19, ligne 15 : au lieu de *phérpérique* lire *périphérique*.
Page 26, ligne 13 : au lieu de *Observation II* lire *Observation III*.
Page 27, ligne 30 : au lieu de *incision à...* lire *incision de...*
Page 27, ligne 37 : au lieu de *marquant* lire *masquant*.
Page 33, ligne 40 : au lieu de *polyédriques, mais...* lire *polyédriques, d'autre part la présence de cellules également polyédriques, mais...*
Page 36, ligne 39 : au lieu de *entouré* lire *entourées*.
Page 49 : *L'Observation de la page 49 doit porter le n° III*.
Page 56, ligne 11 : au lieu de *quinze jours* lire *quinze mois*.
-

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	4
CHAPITRE II. — Description du nævus pigmentaire.....	7
CHAPITRE III. — Etiologie.....	11
CHAPITRE IV. — Etude clinique du nævus en voie de dégénérescence. — Symptômes du mélanosarcome.....	13
CHAPITRE V. — Infection ganglionnaire consécutive à un nævus dégénéré ou intact.....	21
CHAPITRE VI. — Pronostic et traitement.....	41
OBSERVATIONS.....	49
CONCLUSIONS.....	62

EXPLICATION DES FIGURES

- PLANCHE I. — FIG. 1. — Le papillôme, grandeur naturelle.
FIG. 2. — La tumeur cutanée voisine, grandeur naturelle.
FIG. 3. — Le papillôme grossi cinq fois.
FIG. 4. — La tumeur voisine grossie cinq fois.
FIG. 5. — Papille du papillôme, $g^t = 250$ D.
FIG. 6. — Une portion de la zone sous-épidermique de la papille précédente, $g^t = 600$ D.
- PLANCHE II. — FIG. 7. — Coupe de la 2^e tumeur cutanée dans ses parties centrales, $g^t = 250$ D.
FIG. 8. — Coupe de la 2^e tumeur cutanée dans ses parties superficielles, $g^t = 250$ D.
FIG. 9. — Coupe de la masse ganglionnaire inguinale, $g^t = 250$ D.
-



